

Université de Montréal

L'épreuve des liens :

Les relations entre intervenants et parents vivant en contexte de consommation maternelle au cours de la période périnatale

par

Marie-Eve Roux

École de service social

Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et sciences
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en service social

Juillet 2013

© Marie-Eve Roux, 2013

Université de Montréal
Faculté des arts et sciences

Ce mémoire intitulé :

L'épreuve des liens : Les relations entre intervenants et parents vivant en contexte de
consommation maternelle au cours de la période périnatale

Présenté par :

Marie-Eve Roux

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Andrée Poirier, présidente-rapporteuse

Pauline Morissette, directrice de recherche

Magali Dufour, examinatrice externe

Résumé

La période périnatale est particulièrement propice pour que les futures et nouvelles mères consommatrices de substances psychoactives et leur partenaire entrent en relation d'aide avec des intervenants médicaux et psychosociaux. Pour ces mères et ces pères, l'arrivée d'un poupon dans leur vie est une source de motivation pour entreprendre une démarche d'aide basée sur la confiance. Pourtant, plusieurs études soulignent différentes contraintes qui rendent difficile l'entrée en relation d'aide de ces parents avec des intervenants.

Ce mémoire a donc pour objectif d'explorer, à partir du point de vue de mères consommatrices et de leur partenaire, la façon dont se vivent leurs expériences relationnelles avec des intervenants médicaux et psychosociaux au cours de la période périnatale, tout en identifiant des éléments qui ont influencé leurs rapports.

Nous avons fait une analyse secondaire du discours de vingt mères consommatrices et de leur partenaire, recrutés au moment de la naissance dans le cadre d'une recherche de Morissette, Devault et Rondeau (2006-2010).

Les résultats obtenus indiquent que les parents semblent généralement satisfaits de leurs relations avec les intervenants médicaux et psychosociaux qu'ils ont rencontrés à cette période, même s'ils rapportent vivre des peurs importantes qui nuisent à la relation d'aide.

Nos résultats révèlent également plusieurs éléments qui influencent les relations relevant autant des contextes d'intervention que des intervenants eux-mêmes et de leurs rôles.

Nous constatons d'après les résultats qu'en dépit de certains aspects qui nuisent aux relations avec des intervenants, le cumul des éléments qui les favorisent semble susciter une satisfaction des mères consommatrices et de leur partenaire. Dans les situations où plusieurs éléments nuisent à la relation d'aide, il se crée une dynamique de méfiance réciproque entre ces parents et les intervenants. Néanmoins, comme les relations ne sont pas immuables, il est possible de transformer les relations difficiles pour les rendre plus satisfaisantes pour les mères consommatrices, leur partenaire et les intervenants médicaux et psychosociaux.

Mots-clés : Relations parents-intervenants, consommation, substances psychoactives, période périnatale, périnatalité, mères consommatrices, pères, parents, services, intervention, intervenants psychosociaux, intervenants médicaux.

Abstract

The perinatal period is especially prone for future and new mothers who use or abuse of psychoactives substances and their partners to enter helping relationships with medical and psychosocial workers. For these mothers and their partner, the birth of a child is a source of motivation to begin a helping process based on trust. However, studies underline multiple obstacles that restrain those parents to enter helping relationships with workers.

This research aims to explore, from the substance-using mothers and their partners' point of view, the ways in which they have experienced their relationships with the medical and psychosocial workers during the perinatal period, while pointing to elements that have influenced those relationships.

Twenty substances-using mothers and their partner were recruited at the time of birth and interviewed as part of a research conducted by Morissette, Devault and Rondeau (2006-2010). We have made a secondary analysis of the interviews.

The results indicate that, despite their fears to establish helping interactions with workers, parents seem generally satisfied of the relationships they have had with the medical and psychosocial workers met. Our results also point to many elements that have an influence on the helping relationships pertaining to the context in which the interactions took place, to the workers themselves and their roles.

We notice from the results that the combination of elements favorably influencing their relationships with the worker conveys a sense of satisfaction to the substance-using mothers and their partners about the helping relationships experienced, despite some aspects that hinder these relationships. A mutual mistrust dynamic is created between the parents and the workers in situations where many elements hinder the helping relations. However, as the relationships are not static, it is possible to transform difficult relations to make them more satisfying for substance-using mothers, their partners and the medical and psychosocial workers.

Keywords : Parents-worker relationships, substance use, substance abuse, psychoactive substances, perinatal period, substance-using mothers, fathers, parents, services, intervention, psychosocial workers, medical workers.

Table des matières

Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	xi
Introduction	1
1. État de la situation	8
1.1 Ampleur de la consommation des femmes enceintes et des nouvelles mères	8
1.2 Repérage de la consommation des femmes enceintes et des nouvelles mères	12
1.3 Influences sur les relations parents-intervenants	15
1.3.1 Organisation des services	16
1.3.2 Contraintes aux relations entre des parents consommateurs et des intervenants	20
1.4 Perceptions des relations parents-intervenants	27
1.4.1 Perceptions des intervenants de leurs relations avec des mères consommatrices et leur partenaire	28
1.4.2 Perceptions de parents consommateurs de leurs relations avec les intervenants	32
2. S'intéresser aux discours des mères consommatrices et des pères	37
2.1 Cadre théorique	37
2.3 Méthodologie	42
2.3.1 Recrutement	43
2.3.2 Cueillette des informations	45
2.3.3 Stratégie d'analyse	48
2.4 Éthique	50
3. Résultats : Perceptions des mères consommatrices et de leur partenaire des relations avec des intervenants	52
3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents	53
3.2 Éléments relevant des intervenants qui influencent les relations	55

3.2.1 Perceptions des connaissances	56
3.2.2 Perceptions des habiletés d'expression	59
3.2.3 Perceptions des habiletés d'écoute	62
3.2.4 Perceptions des compétences techniques	63
3.2.5 Perceptions des attitudes	64
3.3 Éléments relevant des rôles des intervenants qui influencent les relations.....	69
3.3.1 Repérer de la consommation parentale	69
3.3.2 Rester discret sur la consommation des mères.....	72
3.3.4 Transmettre des informations cohérentes	73
3.3.5 Impliquer les parents	75
3.3.6 Avoir un rôle d'autorité.....	77
3.4 Éléments relevant des mères consommatrices et de leur partenaire qui influencent les relations	82
3.4.1 Expériences antérieures.....	82
3.4.2 Consommation maternelle de substances.....	86
3.4.3 Peurs.....	89
3.4.4 Santé du poupon.....	95
3.4.5 Difficultés et besoin d'aide	96
3.4.6 Motifs pour être en relation avec des intervenants.....	98
3.5 Éléments relevant des contextes d'intervention qui influencent les relations.....	100
3.5.1 Pertinence de l'aide offerte selon les besoins des parents.....	100
3.5.2 Politiques et procédures	103
3.5.3 Multitude de services	104
3.5.4 Continuité des relations.....	106
3.6 Synthèse des résultats.....	108
4. Discussion	111
4.1 Méfiance réciproque.....	112

4.1.1 Méfiance des parents.....	112
4.1.2 Méfiance des intervenants.....	121
4.1.3 Dynamique de méfiance.....	126
4.2 Implications pour l'intervention.....	128
4.4 Apports.....	132
4.5 Limites	133
4.6 Pistes pour la recherche.....	137
5. Conclusion.....	139
Bibliographie.....	141
Annexe I: Grilles d'entrevues	i
Annexe II: Certificats éthiques.....	x

Liste des tableaux

Tableau I : Profil sociodémographique et caractéristiques de la situation parentale..... 58

Tableau II : Synthèse des perspectives des mères consommatrices et de leur partenaire sur les éléments qui favorisent et nuisent à leurs relations avec des intervenants dans les moments qui entourent la naissance de leur enfant..... 112

Liste des figures

Figure 1 : Modèle d'évaluation du contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives	43
--	----

*« L'apprentissage commence lorsque vous regardez
le monde avec les yeux d'un autre. »*

C.W. Churchman (dans Amiguet et Julier, 1996, p.37)

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice, Mme Pauline Morissette, pour avoir partagé sa passion du service social, ses réflexions et ses points de vue. Vous m'avez, à mainte reprise, invitée à la remise en question autant au plan professionnel que personnel. Merci de m'avoir accompagnée malgré les sinuosités de mon parcours. Nos échanges et notre collaboration ont gravé en moi des souvenirs intarissables. Pour tout cela et bien d'autres choses encore, je vous remercie.

Ensuite, j'ai peine à croire que l'on puisse entreprendre une telle aventure universitaire sans le soutien de notre entourage. C'est pourquoi je souhaite remercier ma famille et tout particulièrement mes parents qui ont toujours su cultiver la curiosité et la critique constructive. J'offre une pensée toute spéciale à Éric, mon conjoint, qui a survécu à mes hauts et mes bas au cours de la maîtrise et de la rédaction de ce mémoire. Merci de votre écoute, de votre soutien et de vos encouragements.

Merci à mes amis, des personnes qui ont pu m'offrir leur aide à différents moments et de différentes façons. D'abord, je remercie spécialement les filles du C-7086, Geneviève Pagé, Annie-Claude Mathieu, Béatrice Decaluwe et Véronique Menand. Vous avez été là tout au long de ce processus de maîtrise, mais je retiens surtout nos semaines de rédaction dans des chalets, nos soirées à rédiger tard à l'université et nos moments à nous

questionner et à nous recorriger mutuellement. Je veux aussi remercier l'autoproclamé «gang du FAA», formé de chercheurs et d'intervenants en dépendance, mais avant tout, d'amis compréhensifs. Merci à Patricia Larivée, Didier Acier, Philippe Charbonneau, Karine Bertrand et à leurs familles. Votre soutien inconditionnel me touche profondément. Un merci particulier à Karine Bertrand pour sa relecture attentive et son regard aussi critique que généreux.

Je ne peux passer outre tous les intervenants qui ont, de près ou de loin, contribué à la finalité de ce mémoire. Par exemple, je remercie tous les collaborateurs des différents milieux hospitaliers qui ont fait le recrutement des participants pour la recherche. Merci aussi à l'équipe Enfance 2 du Bureau-Nord au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire qui m'a prise sous leur aile pour la durée d'un stage. Je remercie aussi mes chères ex-collègues du CSSS du Haut-St-Laurent de votre empathie. Merci à mes chers collègues du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire qui continuent à paver ma route tout en contribuant à mes réflexions. Merci à tous d'avoir cru en moi.

Je souhaite également remercier Marie-Andrée Poirier, professeure à l'École de service social de l'Université de Montréal et Magali Dufour, professeure au programme

d'étude et de recherche en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke pour avoir pris le temps d'évaluer et de commenter ce mémoire.

De plus, je remercie le Groupe de recherche sur la victimisation des enfants (GRAVE) pour m'avoir non seulement offert un soutien financier sans lequel la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible, mais aussi pour m'avoir donné la chance d'évoluer, d'apprendre et de partager des expériences de recherche au sein de ce groupe.

Finalement, merci à tout le personnel de l'École de service social pour ses enseignements et son implication dans les différents enjeux qui touchent le service social, sans oublier son soutien financier.

Introduction

Impliquée depuis quelques années dans le domaine des dépendances, d'abord à titre d'intervenante psychosociale dans un centre de réadaptation en dépendance, puis comme coordonnatrice d'une recherche portant sur l'engagement des pères dans un contexte de consommation maternelle de substances psychoactives (Morissette, Rondeau, Devault, 2006-2010), certains enjeux ont retenu notre attention quant aux relations qui prennent place entre les parents vivant en contexte de consommation maternelle d'alcool et de drogues et les intervenants qu'ils côtoient dans le cadre des services offerts à la période périnatale.

Pour les mères consommatrices, comme pour les mères en général, les moments qui entourent la naissance d'un enfant sont empreints de nouveautés ce qui leur confèrent une intensité émotive importante et affecte le développement des relations entre les parents et les intervenants. Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008), « *la période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge d'un an¹.* » (p.8). C'est aussi à cette période que les futurs et nouveaux parents découvrent un univers institutionnel qui, avec ses normes et ses procédures, influence leurs premières

¹ Dans le cadre de ce mémoire, le discours des parents a été recueilli depuis l'annonce d'une grossesse jusqu'à six mois suivant la naissance de l'enfant.

expériences de la parentalité (De Montigny, Devault, Lacharité et Dubeau, 2009) et façonne, dans certains cas, leurs premières impressions des intervenants qui agissent dans différents services. Il est capital qu'une confiance puisse s'installer dès ce moment puisque la nature de leurs relations s'avère déterminante pour les relations ultérieures avec tous les intervenants. Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008), intervenir dès le début de la parentalité offre également le potentiel de prévenir l'aggravation des difficultés parentales et familiales.

De ce fait et en raison des effets potentiellement néfastes de la consommation de substances psychoactives pour la santé des futures et nouvelles mères et celle de leur nouveau-né, les politiques ministérielles québécoises les plus récentes en ce domaine, comme le *Plan d'action interministériel en toxicomanie : unis dans l'action 2006-2011* (MSSS, 2006) et la *Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, 2008), priorisent les interventions qui ciblent les femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives (alcool ou drogues illicites). Confiés de cette mission, les intervenants médicaux et psychosociaux sont préoccupés par le contexte de vie qu'engendre la consommation maternelle et cherchent à soutenir les changements vers des habitudes de vie plus saines.

Comme les intervenants qui s'impliquent auprès d'eux à la période périnatale, les mères consommatrices et leur partenaire veulent généralement offrir le meilleur environnement possible à leur nourrisson, ce qui, à la fois, précipite les changements et

devient un levier de transformation du contexte de consommation (Day, Porter, Clarke, Allen, Moselhy et Copello, 2003; Lavandier, 2003; Morissette, Devault et Bourque, 2009). Young et ses collègues (2007, cité dans Anthony, Autin et Cormier, 2010) affirment que les femmes seraient d'ailleurs plus disposées à entreprendre des traitements pour leur consommation au cours de la grossesse qu'à n'importe quel autre moment dans leur vie. D'autres chercheurs, comme Litton Fox, Bruce et Combs-Orme (2000), proposent que les parents vivant en contexte de consommation maternelle deviennent plus réceptifs aux interventions au moment de la naissance. Enfin Knoke (2009) suggère qu'après la naissance l'incompatibilité du nouveau rôle parental et des activités de consommation maternelle abusive fait naître une motivation nouvelle des parents à demander de l'aide pour cesser l'abus de substances, et plus particulièrement à la suite d'une crise telle qu'une intervention par les services de protection de la jeunesse.

Cependant, bien qu'il semble que les parents² sont aussi préoccupés que les intervenants par la consommation abusive de substances psychoactives des mères, la recension des écrits de ce mémoire montre également qu'il leur semble particulièrement ardu d'entrer en relation les uns avec les autres, de développer une confiance réciproque et conséquemment d'être disposé à aider ou à recevoir de l'aide. Pourtant une relation parents-

² Dans ce mémoire, le terme «parents» fait toujours référence à des mères consommatrices de substances psychoactives et à leur partenaire (père social) ou au père biologique, qui lui, peut être consommateur ou non-consommateur de substances psychoactives.

intervenants basée sur la confiance est reconnue comme un élément-clé d'un soutien efficace pour répondre aux besoins des familles tant de façon préventive que curative (Gockel, 2008). Ce contraste revêt, à notre avis, une importance toute particulière pour l'intervention.

Wagner et Bear (2009) estiment, comme bien d'autres, que la qualité des relations des parents avec les intervenants serait le plus important déterminant de leur satisfaction envers les services reçus. Morton et Konrad (2009) ajoutent que le développement de relations positives entre les intervenants et les parents consommateurs est primordial, car les parents gardent un souvenir plus vif et durable des aspects subjectifs et relationnels que des aspects factuels de leur expérience. Par ailleurs, les bienfaits découlant de l'établissement de relations de confiance pour toutes les formes d'aide ne sont plus à démontrer.

En outre, il semble essentiel de considérer les circonstances particulières liées à la consommation maternelle qui influencent la façon dont se vivent, à la période périnatale, les expériences relationnelles entre ces parents et les intervenants médicaux et psychosociaux. Dans ce contexte, nous avons recensé dans les écrits, les perceptions d'intervenants travaillant auprès de futures et nouvelles mères consommatrices et les perceptions de ces mères et de leur partenaire sur leurs relations avec ces intervenants.

Cette recension a également permis d'identifier et de discuter différentes contraintes à l'établissement de relations de confiance.

L'approfondissement des connaissances à partir du point de vue des parents vivant en contexte de consommation maternelle offrirait, selon nous, l'occasion aux intervenants de mieux comprendre les dimensions qui influencent leurs relations avec les parents consommateurs. Ils pourront ensuite, au besoin, ajuster leurs pratiques pour mieux desservir cette population.

Ce mémoire permet de dégager, à partir des propos de parents vivant en contexte de consommation, leurs expériences concernant leurs relations avec les intervenants qu'ils ont rencontrés à la période périnatale. Plus précisément, il permet 1) de faire connaître les perceptions des parents des différents soutiens qui leur sont offerts par les organismes d'aide, 2) d'identifier leurs perceptions concernant les services qu'ils reçoivent ou ont reçu, et 3) de rendre compte de leurs points de vue sur les relations qu'ils vivent ou ont vécu avec les intervenants rencontrés.

En bref, nous tenterons de répondre à la question suivante :

Comment se vivent les rapports entre les parents qui vivent en contexte de consommation maternelle de substances psychoactives et les intervenants médicaux et

psychosociaux qu'ils rencontrent dans les moments qui entourent la naissance de leur enfant ?

Ce mémoire porte sur des données recueillies dans le cadre de l'étude : « L'engagement des pères dans un contexte de consommation maternelle de substances psychoactives³ : Importance de bien connaître les facteurs liés à l'engagement paternel pour un développement optimal des enfants » (Morissette, Rondeau, Devault, 2006-2010). Cette étude avait identifié, parmi ses objectifs, de cerner les attitudes et les comportements des intervenants tels qu'ils sont perçus par les parents. Cet aspect a été réservé pour la réalisation de ce mémoire. Ainsi, ce mémoire est centré sur les données relatives aux perceptions des parents en lien avec les relations qu'ils vivent ou qu'ils ont vécues avec des intervenants et les services reçus du moment de l'annonce de la grossesse jusqu'à six mois après la naissance d'un poupon.

Dans le premier chapitre, nous traitons de l'état de la situation, soit de l'ampleur de la consommation maternelle de substances psychoactives dans les moments qui entourent la naissance d'un enfant ainsi que du repérage de cette consommation et des services d'aide

³ Le contexte de consommation réfère au fait que les mères aient présenté une consommation abusive de substances psychoactives au cours des douze derniers mois précédant la recherche (alcool, produits de substitution, drogues illégales, ou une combinaison de substances) alors que les pères sont le plus souvent consommateurs de substances ou l'ont été et ont cessé leur consommation.

envisageables au cours de cette période. Il importe également d'aborder dans cette section les différentes contraintes aux relations entre les parents vivant en contexte de consommation maternelle et les intervenants. De plus, nous présentons une synthèse des écrits scientifiques qui ont mis en lumière les points de vue d'intervenants et de parents ayant vécu des relations similaires dans un contexte de consommation parentale. De cette façon, nous posons les jalons d'une analyse qui examine les perceptions des parents vivant en contexte de consommation maternelle de substances psychoactives dans les moments qui entourent la naissance de leur enfant.

Nous présentons dans le deuxième chapitre la méthodologie employée et le cadre d'analyse qui soutient l'ensemble de notre démarche de recherche.

Dans le troisième chapitre, nous exposons le discours des mères consommatrices de substances psychoactives et de leur partenaire sur leurs relations avec les intervenants rencontrés à la période périnatale, ainsi que notre compréhension de leurs expériences. Plus précisément, nous identifions différents éléments qui influencent leurs relations avec des intervenants médicaux et psychosociaux.

Finalement, le dernier chapitre présente les résultats de notre recherche sous forme de discussion portant sur la méfiance réciproque afin de considérer comment ces discours peuvent influencer la pratique des intervenants médicaux et psychosociaux. Nous abordons

également les apports et les limites de notre étude, ainsi que des pistes à envisager pour de futures recherches.

1. État de la situation

1.1 Ampleur de la consommation des femmes enceintes et des nouvelles mères

D’abord, il est connu que les femmes qui consomment au cours de la grossesse ont commencé à consommer des substances bien avant de devenir enceintes (Rutman, Field, Jackson, Lunsquist et Callahan, 2005). En outre, *l’Enquête sur les toxicomanies au Canada* (ETC) de 2004 révèle que parmi les femmes de 15 ans et plus ayant consommé au cours des douze mois précédant leur participation à l’enquête, 8,9 % avaient une consommation d’alcool à risque sur la mesure de l’AUDIT⁴, 10,2% ont déclaré avoir consommé du cannabis et 1,8 % des répondantes disaient avoir consommé au moins une des cinq autres drogues illicites à l’étude (cocaïne ou crack, hallucinogènes, PCP ou LSD, speed ou amphétamine, héroïne, ou ecstasy) (Adlaf, Begin et Sawka, 2005). On peut déduire de ces

⁴ *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) est un outil de dépistage (Saunders, Aasland, Babor, De La Flunte, & Grant, 1993) qui mesure la fréquence de la consommation d’alcool, et les conséquences personnelles et sociales de la consommation d’alcool afin d’identifier un niveau de gravité (Bertrand et al., 2004).

données que plusieurs de ces femmes canadiennes sont en âge de procréer et que parmi elles certaines pourraient, sans le savoir, être enceintes.

Aussi, parmi les femmes âgées de 15 ans et plus ayant donné naissance récemment, plusieurs rapportent avoir consommé des substances au cours de leur grossesse et elles dévoilent que ces consommations varient considérablement à partir du moment où elles apprennent qu'elles sont enceintes. Au Canada, l'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) (ASPC, 2009) révèle que, dans les trois mois précédant la grossesse ou avant que la grossesse soit connue, 6,7 % des répondantes ont affirmé avoir fait usage de drogues dites « de rue » (sans distinction pour le type de substances), alors qu'au cours de la grossesse cette situation ne représente qu'environ 1,0 % des répondantes. Dans le même sens, avant l'annonce de la grossesse, 15,5 % des femmes consommaient de l'alcool une fois ou plus par semaine. En contraste, pendant la grossesse, 10,5 % des femmes ont indiqué avoir poursuivi l'usage d'alcool à cette même fréquence. On remarque la même proportion des femmes ayant consommé de l'alcool au cours de la grossesse dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ECSS) de 2005, soit 10,5 % des femmes qui ont donné naissance à un enfant (cité dans ASPC, 2008).

Donc, lors des premiers contacts avec des intervenants au cours de la grossesse ou au moment de la naissance, plusieurs futures mères ont déjà fait des efforts significatifs pour cesser ou diminuer leur consommation et ainsi en limiter les effets tératogènes

potentiels sur le fœtus. Par contre, une étude américaine, le *National Survey on Drug use and Health* (2009), rapporte que dans les six mois suivants la naissance du poupon, pour plusieurs mères consommatrices, il y a une reprise de la consommation en dépit des changements qu'elles ont fait pendant la grossesse. Par exemple, les résultats de cette étude démontrent qu'alors que 1,4% des répondantes ont fait usage de cannabis au cours du troisième trimestre de leur grossesse, 3,8% des mères d'un enfant âgé de moins de trois mois rapportaient avoir cette même consommation. Ces études suggèrent alors que les moments qui entourent la naissance d'un enfant peuvent représenter qu'une parenthèse dans les habitudes de consommation des mères, où elles cessent ou réduisent leur consommation sans nécessairement s'en désengager. Définitivement, on peut croire que selon le moment où les intervenants entrent en relation avec les mères consommatrices, la consommation de celles-ci peut différer, ce qui mène les intervenants à avoir une perception variable de la gravité de la situation.

D'autres données recueillies auprès des milieux d'intervention québécois offrent une idée contrastante de l'ampleur du phénomène de consommation maternelle dans leurs services. À cet effet, le Centre des naissances du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a recueilli depuis quelques années des données suggérant que la clientèle de parturientes consommatrices de substances psychoactives, dépistées à l'aide d'un test d'urine, correspond à environ 3 % de sa clientèle annuelle (Morissette et Venne,

2009). De plus, l'Étude d'incidence québécoise (EIQ) (Tourigny, Mayer, Wright, Lavergne, Trocmé et Hélie, 2002) indique que 45 % des enfants signalés et suivis par les services de la protection de la jeunesse (DPJ) vivent dans une famille dont au moins un parent, et parfois les deux, éprouve des problèmes de consommation de substances.

On remarque d'emblée que les données ne concernent que des parents consommateurs rencontrés dans le cadre de services d'aide qui n'interviennent pas spécifiquement sur la consommation parentale. Ces données laissent entendre que des intervenants de tous les milieux médicaux et psychosociaux sont appelés à entrer en relation avec des parents qui font un usage abusif de substances. Bien qu'intéressants, ces derniers chiffres ne représentent que les situations où la consommation parentale de substances a été détectée et pour lesquelles les inquiétudes des intervenants étaient suffisantes pour faire un test d'urine ou pour mettre en place une évaluation par les services de protection de la jeunesse.

Ainsi, il est possible que l'ampleur réelle de la consommation maternelle soit sous-estimée, tant dans les dépistages en milieux d'intervention que dans les recherches, en raison des difficultés relatives au repérage de cette consommation comme nous le verrons plus loin. Il importe pourtant de bien identifier les mères qui consomment abusivement des substances au cours de la période périnatale pour organiser des services adaptés à leur contexte particulier et ajuster les interventions selon leurs besoins.

1.2 Repérage de la consommation des femmes enceintes et des nouvelles mères

Afin d'être en mesure de bien soutenir les parents et de prévenir les méfaits potentiels de la consommation de substances sur le nouveau-né, il faut d'abord que les intervenants puissent repérer les femmes consommatrices dans les moments qui entourent la naissance. Ce n'est pourtant pas toujours facile puisque le repérage de la consommation requiert nécessairement un contact avec un intervenant médical ou psychosocial. Par conséquent, la façon dont les parents vivent le repérage, influence leur désir d'entrer en relations, de bénéficier des services et cela affecte même la confiance qui est accordée aux intervenants.

Les intervenants peuvent avoir recours à plusieurs grilles de dépistage auto-administrées ou administrées en entrevue pour repérer les mères susceptibles de consommer tout en favorisant le développement de relations de confiance avec les parents. Ces grilles consistent généralement en quatre ou cinq questions simples posées à la mère non seulement à propos de ses habitudes de consommation d'alcool ou de drogues présentes et passées, mais également concernant les réactions des personnes constituant son réseau social (ex. parents, amis et/ou conjoint(e)) et les inconvénients qu'une telle consommation entraîne pour la mère et pour son enfant (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), 2010; Anthony, Autin et Cormier, 2010). L'utilisation

de ces grilles donne une direction à une rencontre et amorce un dialogue entre les mères consommatrices et les intervenants, la plupart du temps médicaux. Certaines grilles, comme la grille «5P modifié» de Kennedy et ses collègues (2004), offrent la possibilité d'explorer la consommation du père ou du partenaire à travers le discours de la femme enceinte ou de la nouvelle mère afin de pouvoir mieux comprendre la façon dont le père influence la consommation de la mère. Les informations recueillies pourront ensuite être précisées au fur et à mesure qu'une relation de confiance se développe entre le parent et les intervenants (Anthony, Autin et Cormier, 2010). De plus, ces grilles peuvent être intégrées à même l'évaluation afin d'obtenir des services. Ceci éviterait qu'un jugement ne précède le choix des mères qui feront l'objet d'un repérage verbal de la consommation de substances.

Selon Philips et ses collègues (2007), les femmes enceintes se sentent concernées par la santé et la sécurité de leur enfant à naître, ce qui fait qu'elles s'attendent à se faire questionner sur leur consommation de substances psychoactives. Toutefois, il semble que peu d'intervenants, tant médicaux que psychosociaux, questionnent les parents à ce sujet parce qu'ils ne sont pas à l'aise de parler de la consommation, ont peur d'offenser les parents et craignent de mettre en péril leur relation de confiance avec eux (Gilbert, Herzig, Thakar, Vilorio, Bogetz, et coll., 2007). Cela dit, pour évaluer la relation parent-intervenant selon le point de vue de nouvelles mères, dont plusieurs étaient consommatrices, Garg et ses collègues (2010) ont utilisé le *Primary Care Assessment Survey* (PCAS) qui consiste en

dix échelles mesurant la communication, la confiance, les réactions interpersonnelles et les connaissances du contexte d'intervention qui influencent la relation d'aide. Ils rapportent que les mères jugent leurs relations avec les intervenants plus positivement lorsque ces derniers engagent une discussion sur l'usage des substances au cours de la grossesse. Ainsi, ce résultat suggère qu'il est possible, et même favorable pour les intervenants de repérer verbalement la consommation des mères tout en engendrant des relations positives avec elles.

En addition à ce type de dépistage, les intervenants peuvent avoir recours à la consultation du dossier médical tout au long de la période périnatale et, à partir de la naissance, ils peuvent observer les mères et les nouveau-nés pour recueillir des indices d'une consommation de substances. Ces stratégies, bien qu'informatives, ne permettent toutefois pas d'identifier assurément les mères consommatrices. Elles ont d'abord pour objectif de sélectionner les mères et les nouveau-nés qui feront l'objet d'un test de dépistage biologique. Dans les situations où l'usage de substances psychoactives des mères est suspecté ou que ces dernières en ont informé des intervenants, le milieu peut procéder alors à des tests de dépistage à partir d'échantillons de sang, d'urine, de cheveux ou de méconium prélevés sur la mère ou sur le poupon (Lester, Andreozzi et Appiah, 2004; Young, Nakashian, Yeh et Amatetti, 2007, cité dans Antony, Autin et Cormier, 2010) pour valider les données qualitatives obtenues des différentes stratégies. Toutefois, puisque les

tests de dépistage biologiques ne sont pas universels, le choix de tester ou non une personne peut sembler être basé sur des jugements discriminatoires à l'égard des parents (Hulsey, 2005; Lester, Andreozzi et Appiah, 2004 ; Vincent, Laforest et Bergeron, 2007). En retour, les parents qui se sentent suspectés restent méfiants de l'interprétation que les intervenants peuvent faire de leurs propos et du test de dépistage biologique. Conséquemment, la méfiance réciproque que produit cette situation peut freiner l'engagement commun nécessaire à l'établissement de relations positives.

Malgré ces stratégies, plusieurs situations où il y a de la consommation maternelle de substances psychoactives restent insoupçonnées, soit parce qu'il y a un déni de la consommation, parce que celle-ci n'est pas considérée problématique, que les intervenants ne questionnent pas les parents ou qu'ils n'identifient pas d'indices de consommation. Il est de mise de souligner qu'une identification précoce des femmes susceptibles de consommer des substances à la période périnatale permettrait d'aborder une relation d'aide plus franche tout en favorisant une meilleure prise en charge par différents services, et de mieux cibler les besoins de ces familles (Lamy et Thibaut, 2010). Il est d'autant plus important de repérer la consommation maternelle que bien souvent les femmes enceintes et les mères consommatrices bénéficient de services qui ne considèrent pas leurs besoins particuliers liés aux problèmes de consommation de substances psychoactives.

1.3 Influences sur les relations parents-intervenants

1.3.1 Organisation des services

À coup sûr, aucun organisme donnant des services aux mères consommatrices de substances psychoactives et à leur famille ne peut, à lui seul, couvrir l'ensemble de leurs besoins. En conséquence, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 2008) prévoit un continuum de services pour assurer à la fois le bien-être et le développement optimal des enfants, mais également un soutien psychosocial, matériel et médical aux familles. Autrement dit, le Ministère a pour objectif d'orchestrer une variété de services s'intégrant les uns aux autres et qui peuvent s'adresser tout au long de la période périnatale principalement à la mère et à l'enfant, et plus indirectement au père. Par contre, la complexité des problématiques associées au contexte de consommation maternelle rend les parents susceptibles d'être référés à plusieurs de ces services de façon concomitante. Du coup, ces parents sont simultanément mis en relation avec une variété de professionnels qui interviennent avec des approches, des disciplines et des mandats différents et selon ce qu'ils perçoivent comme élément prioritaire d'intervention. Cette situation engendre, pour les parents, plusieurs relations à la fois avec des intervenants qui ont des discours différents, souvent contradictoires, ce qui limite la confiance qu'ils accordent aux intervenants.

Idéalement, le continuum de services doit s'actualiser de façon à ce que chaque service contribue à consolider les relations interpersonnelles entre les usagers de services et les intervenants de manière à favoriser les contacts subséquents avec d'autres intervenants

(Kerber, de Graf-Johnson, Bhutta, Okong, Starrs et Lawn, 2007). Cependant, l'organisation des services en continuum engendre le risque que ceux-ci soient fragmentés et que les rôles et les responsabilités des différents intervenants ne soient pas clairement définis (Guthrie, Saultz, Freeman et Haggerty, 2008). Chaque nouvelle référence à un intervenant, à un programme, ou à un établissement de services, augmente la possibilité qu'une situation ne soit pas prise en charge (Kerber, de Graf-Johnson, et coll., 2007), ne sachant trop à quel intervenant il convient d'intervenir auprès des mères consommatrices et de leur partenaire. Laissés à eux-mêmes, ces parents se retrouvent parfois en attente de services et ne reçoivent alors pas l'attention nécessaire pour améliorer leur situation, qui stagne ou se détériore davantage. De plus, pour les parents, le fait de vivre des transitions entre différents services implique de mettre fin à certaines relations significatives avec des intervenants et de vivre le deuil qui en résulte, puis d'être ensuite mis en relation avec de nouveaux intervenants. Fraser et ses collègues (2007) expliquent que ces situations sont parfois pénibles pour les parents consommateurs qui doivent alors réexpliquer leur histoire et tenter à nouveau de tisser un lien de confiance.

Plusieurs études relèvent l'importance de cultiver des relations professionnelles continues avec les usagers de services. À titre d'exemple, Philips et ses collègues (2007) discutent le caractère indispensable de la continuité relationnelle pour établir et maintenir la confiance des femmes enceintes consommatrices envers leurs intervenants. La continuité

relationnelle fait référence à des soins et des services confiés à un petit nombre d'intervenants afin que ceux-ci puissent accumuler des informations à travers le temps et construire des relations de confiance avec les parents (Haggerty et ses collègues, 2003). Les relations sont alors basées sur des expériences d'intervention antérieures positives et les parents comme les intervenants ont des attentes mutuelles pour la suite de leur relation. Quoi qu'on en dise, dans un contexte de services caractérisé par des budgets déficitaires, une rareté de services adaptés pour les familles qui vivent en contexte de consommation maternelle et un manque de ressources humaines, la continuité relationnelle pose un problème.

De plus, Poole et Isaac (2001) constatent qu'il y a un manque de services qui peuvent adéquatement répondre aux besoins des familles vivant en contexte de consommation, ce qui constitue un obstacle supplémentaire pour accéder à de l'aide. Au Québec, le nombre de services spécialisés pour les familles dont les mères consomment des substances est très limité, et rares sont les services qui considèrent à la fois les besoins de chacun des parents et des enfants. Outre le développement de services de pointe leur étant dédiés, on peut difficilement envisager une articulation plus cohérente pour aider les mères consommatrices et leur partenaire responsables d'un nouveau-né.

La logique veut que les parents choisissent de bénéficier des services qui répondent le plus adéquatement à leurs attentes, selon ce qu'ils perçoivent comme étant des besoins

prioritaires. Généralement, ils sont mis en relation avec les services médicaux à partir du moment de la grossesse (en clinique privée ou en lien avec un Centre hospitalier - CH). Les mères consommatrices et leur partenaire sont parfois aiguillés vers des services psychosociaux locaux (Centre de santé et de services sociaux - CSSS) pour soutenir les changements de conditions de vie précaire ou vers des services de réadaptation en dépendance (Centre de réadaptation en dépendance - CRD) qui interviennent dans l'objectif que la consommation maternelle diminue ou cesse. Et après la naissance, il est aussi possible que les services de protection de la jeunesse (Direction de la protection de la jeunesse – DPJ) interviennent dans les situations les plus inquiétantes pour la sécurité ou le développement de l'enfant, et ce qu'importe le choix des parents d'y avoir recours ou non.

Alors que les services de réadaptation en dépendance peuvent ne pas être adaptés pour discuter des sujets relatifs à la parentalité, les intervenants du milieu de la protection révèlent qu'ils concentrent leurs évaluations sur les aspects des situations familiales qu'ils maîtrisent davantage, soit la maltraitance qui est souvent associée à la consommation maternelle de substances psychoactives (Kroll et Taylor, 2003). Par ailleurs, des divergences entre les mandats et les différentes clientèles influencent aussi les recommandations des intervenants. Les uns se concentrent sur les besoins des enfants et la nécessité d'effectuer rapidement des changements pour les protéger. Les autres visent à intervenir pour répondre d'abord aux besoins des parents en ayant pour objectif premier de

travailler sur le cheminement à long terme de la réadaptation des dépendances ou pour modifier le contexte de vulnérabilité. Par conséquent, certains intervenants considèrent que les besoins des mères consommatrices et de leur partenaire peuvent être opposés à ceux des enfants (Moy, Bayliss, Firth, Leggate et Wood, 2007). En ces circonstances, comment réconcilier les services aux enfants et les services aux parents, sinon que les intervenants apprennent à travailler ensemble avec tous les membres des familles qui vivent en contexte de consommation maternelle?

Bien qu'une variété de services ont le potentiel d'être complémentaires, selon Fraser et ses collègues (2007), les différents intervenants travaillent davantage en parallèle qu'en partenariat auprès des mères consommatrices, de leur partenaire et de leur poupon. Ainsi, la façon dont les intervenants travaillent pourrait affecter la perception que des parents se font des compétences des intervenants qu'ils rencontrent, ce qui aurait le potentiel de limiter la confiance que les parents leur accordent et de freiner l'établissement d'une relation d'aide positive.

1.3.2 Contraintes aux relations entre des parents consommateurs et des intervenants

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2008) reconnaît qu'au cours de la période périnatale, une relation de confiance entre les parents et les intervenants est essentielle pour développer un engagement professionnel et favoriser le soutien des parents, comme il a déjà été abordé. Il semble, toutefois, que plusieurs contraintes

interfèrent avec le développement de relations satisfaisantes pour les intervenants autant que pour les parents.

Stérotypes

À titre d'exemple, les intervenants de la santé et des services sociaux peuvent être influencés par les stéréotypes qui encouragent des attitudes punitives et discriminatoires envers les parents consommateurs (Haight, Carter-Black et Sheridan, 2009; Fraser, et coll., 2007; Raeside, 2003). Au plan social, la consommation des femmes, et davantage celle des mères, est stigmatisée parce que cela contrevient aux normes sociales de la féminité et de la maternité (Hans, 2004). Notamment, selon Carter (2002), lorsque les relations avec les intervenants sont tendues, les mères consommatrices sont beaucoup moins susceptibles de recevoir des soins périnataux et des services psychosociaux adéquats. L'écart entre la qualité des services dispensés aux mères consommatrices et la qualité de ceux dispensés aux autres mères pourrait être interprété par les mères consommatrices comme une forme de jugement envers elles, ce qui amènerait des réticences parentales à être en relation avec des intervenants. Néanmoins, d'autres auteurs contredisent cette notion en démontrant que la majorité des intervenants qui travaillent auprès des mères consommatrices et de leur partenaire est très soucieuse de ne pas porter de jugement, rejette les stéréotypes et croit qu'une approche de soutien et d'accompagnement entraîne des effets bénéfiques pour les familles rencontrées (Adams, 1999; Hayden, 2004; Taylor et Kroll, 2004). Il semble donc

que des parents qui vivent en contexte de consommation maternelle peuvent faire l'expérience de jugements lors des contacts avec des intervenants médicaux ou psychosociaux, bien que ce ne soit pas toujours le cas.

Peurs

Selon Molénat (2000, 2009), une autre contrainte à la relation de confiance s'expliquerait par plusieurs peurs mutuelles qui prennent parfois place au moment de l'accouchement entre les parents qui vivent en contexte de consommation maternelle et les intervenants impliqués. Plusieurs intervenants peuvent avoir peur d'entrer en relation avec des parents parce qu'ils ont le sentiment d'être peu préparés à intervenir dans un contexte de consommation (Harwin et Forrester, 2002; Hayden, 2004; Kroll et Taylor, 2003; Taylor et Kroll, 2004). Le manque de connaissances et de formations est susceptible de les amener à considérer les mères consommatrices comme un groupe homogène. L'idée préconçue que ces intervenants se font d'elles les amène à avoir des préoccupations non fondées qui sont parfois à l'origine d'interventions maladroites. On peut donc concevoir que les parents sont moins portés à demander le soutien de ceux qui ne leur semblent pas en mesure de comprendre leur réalité ou d'avoir l'ouverture d'esprit pour le faire et qui, par conséquent, ne leur inspirent pas confiance (Jessup, Humphreys, Brindis et Lee, 2003; Philips, Thomas, Cox, Ricciardelli, Ogle, Love et coll., 2007; Klee, Jackson et Lewis, 2002).

De plus, tel que mentionné précédemment, les parents ont aussi peur de se faire juger négativement parce que les représentations sociales concernant les personnes consommatrices mettent de l'avant le caractère incompatible des activités de consommation et de parentalité. En conséquence, plusieurs intervenants remarquent que les parents contrôlent l'information que ceux-ci leur transmettent et qu'ainsi, des intervenants sont contraints de faire des évaluations incomplètes de la consommation maternelle et des risques relatifs pour le nouveau-né (Taylor et Kroll, 2004; Hayden, 2002; Kearney, York et Deatrick, 2000). Il se crée alors une atmosphère de doute et de méfiance réciproque qui teinte les relations naissantes entre les parents et les intervenants (Taylor et Kroll, 2004). Engendrées par la méfiance des parents ainsi que par leur anticipation des jugements et des réprimandes de la part des intervenants, dissimuler la consommation et mentir deviennent des stratégies parentales efficaces pour éviter des conséquences probables (Anthony, Autin et Cormier, 2010; Vincent, Laforest et Bergeron, 2007) tels que des relations difficiles ou un signalement de la situation aux services de protection de la jeunesse.

La peur de dévoiler ses difficultés affecte également leur ouverture à entrer en relation avec des intervenants. Etherington (2007) fait mention qu'en raison de leur consommation, les parents ressentent une grande culpabilité et de la honte de ne pas correspondre à leurs propres standards de ce que devrait être un « bon » parent. Par conséquent, leur vécu émotif les empêche souvent de faire des demandes d'aide puisque

cela implique de faire confiance à une personne étrangère et de révéler des vulnérabilités (Albright et Rayburn, 2009; Hull, May, Farrell-Moore et Svikis, 2010; Rutman, Callahan, Lundquist, Jackson et Field, 2000). Toutefois, pour obtenir une aide appropriée, il est essentiel que les parents soient en mesure d'aborder leurs difficultés sans quoi ils ne pourraient avoir accès à un soutien professionnel pertinent.

Ajoutons que les peurs des parents liées au contexte légal de la protection de la jeunesse viennent également teinter les relations de confiance. Les intervenants ont une responsabilité légale et sociale de repérer et de dénoncer les situations potentiellement nuisibles pour la sécurité ou le développement des nouveau-nés (Simmat-Durand, 2002, 2009). Dans les situations jugées risquées, les intervenants doivent à la fois protéger le meilleur intérêt du poupon, tout en tentant de développer une relation de confiance avec les parents. Alors que les parents sont les premiers responsables du poupon, leur consommation est souvent considérée par les intervenants comme une menace pouvant lui porter préjudice. Stanley et Manthorpe (2004) proposent que la « culture de blâme » implicite à l'intervention en protection et l'obligation professionnelle de signaler les situations risquées pour l'enfant sont des facteurs contribuant à des relations défensives qui n'engagent pas les familles. À l'origine de cette « menace » d'être signalés, les parents se sentent alors perçus comme de « mauvais parents » et craignent de se voir retirer la garde du poupon à partir du moment où la consommation parentale est connue des intervenants

(Morissette, Chouinard-Thompson, Devault, Rondeau et Roux, 2009; Simmat-Durand, 2009; Klee, Jackson et Lewis, 2002). Il n'est donc pas surprenant que les parents qui vivent en contexte de consommation maternelle s'engagent souvent à contrecœur dans une relation d'aide avec les intervenants. Plusieurs auteurs rapportent que les parents ont peur, au-delà de la garde, de perdre leur rôle parental du simple fait d'avoir besoin de soutien pour leur consommation (Jessup, Humphreys, Brindis et Lee, 2003; Sword, Niccols et Fan, 2004; Klee, Jackson et Lewis, 2002). En dépit du fait que les relations avec divers intervenants de multiples provenances sont quasi incontournables dans les moments qui entourent la naissance d'un enfant, on peut voir que les peurs des parents peuvent faire obstacle à une relation de confiance.

Contexte d'intervention

Le milieu d'intervention influence forcément la façon dont les intervenants veulent et peuvent entrer en relation avec les mères consommatrices et leur partenaire. Plusieurs éléments du contexte d'intervention constituent des contraintes substantielles à l'établissement de relations de confiance, qui sont à la fois susceptibles de retarder la réponse des intervenants aux besoins des mères consommatrices et de contribuer à l'aggravation de leur situation.

Entre autres, les conditions de travail, le manque de ressources et l'ajout de procédures administratives alourdissent les tâches des intervenants tout en limitant leur

engagement à entreprendre des relations basées sur la confiance avec les parents (Fraser, Barnes, Briggs et Kain, 2007; Howe, 2010). Ainsi, l'intervention qui est offerte ne vise souvent qu'à répondre à un besoin précis sur une courte durée au-delà de quoi les mères consommatrices et leur partenaire seront référés à d'autres services. En sachant que la relation est limitée dans le temps, l'investissement nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance sera moindre.

Ajoutons que selon Fraser et ses collègues (2007) les procédures de collaboration entre intervenants d'une même équipe ou avec ceux d'autres milieux rendent parfois périlleuse l'orchestration des références vers certains services. Pour les intervenants, la collaboration soulève des enjeux concernant la confidentialité, l'accessibilité aux services, les philosophies et les mandats d'interventions des différents milieux (Fraser, Barnes, et coll., 2007; Taylor et Kroll, 2004) ce qui a pour effet de restreindre leurs interventions à un créneau précis. Ces enjeux rendent certains intervenants réticents à donner des informations concernant les usagers de services et ils doutent parfois de la façon dont d'autres milieux d'intervention pourront aider les mères consommatrices, leur partenaire et le poupon. Cela fait en sorte que chaque intervenant qui rencontre, pour la première fois, une mère consommatrice et son partenaire doit reprendre le processus d'intervention du début en commençant par recueillir des informations les concernant et tenter de créer une nouvelle

relation de confiance. Lorsque cette situation se répète, les parents pourraient devenir réticent à partager à nouveau leur vécu et se réengager dans de nouvelles relations.

En somme, la mise en relation est influencée par les contraintes présentées, mais ne s'y limite pas. Tel que mentionné précédemment, en dépit de ces contraintes, les moments qui entourent la naissance d'un enfant créent des occasions propices au développement de relations de confiance lorsque les parents qui vivent en contexte de consommation maternelle et leurs intervenants médicaux et psychosociaux s'engagent les uns envers les autres. La première impression de la façon dont se vivront ces relations se base souvent sur leurs perceptions mutuelles de l'autre.

1.4 Perceptions des relations parents-intervenants

Bien que nous ayons recensé des études qui ont documenté les perceptions des parents qui vivent en contexte de consommation maternelle, tout comme des intervenants qui agissent auprès d'eux, force est de constater que très peu d'auteurs s'y sont attardés et que lorsqu'ils l'ont fait, ils ciblaient un contexte d'intervention précis. Cet exercice a aussi révélé que rares sont les écrits qui se sont attardés aux perceptions des pères, partenaires de mères consommatrices, de leurs relations avec les intervenants, ou de la perception des intervenants à leur égard. Par conséquent, même si les propos de ces pères sont pris en compte, cette recension des écrits offre un aperçu plus spécifique des perceptions des

intervenants de leurs relations avec les mères consommatrices et des perceptions maternelles de ces relations dans les moments qui entourent la naissance d'un enfant.

1.4.1 Perceptions des intervenants de leurs relations avec des mères consommatrices et leur partenaire

Il est indéniable que plusieurs éléments ont une influence sur le développement de relations de confiance, mais les perceptions des intervenants à l'égard des mères consommatrices et de leur partenaire constituent un élément non négligeable comme nous avons pu le constater dans la section précédente.

De façon générale, qu'il s'agisse de la perception d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'intervenants spécialisés en dépendance, de sages-femmes ou de médecins, il semble que, dans les écrits scientifiques, les intervenants impliqués au cours de la périnatalité se font un portrait type des parents consommateurs. Ces derniers sont considérés comme des personnes ayant des besoins émotionnels, sociaux et fonctionnels importants qui peuvent mener à des contextes de vie chaotiques et des comportements imprévisibles (Ford, 2011; Fraser, Barnes, et coll., 2007; Kroll et Taylor, 2010; Hayden, 2004). Par exemple, Ford (2011), ainsi que Fraser et ses collègues (2007), tout comme Raeside (2003), rapportent que les mères consommatrices sont vues par des intervenants comme étant partiellement responsables de leurs problèmes de consommation, en plus d'être considérées comme négligentes de leur santé et de celle du fœtus lorsqu'elles consomment au cours de

la grossesse. Étant donné le développement à long terme de la problématique de consommation abusive d'alcool et de drogues, certains intervenants admettent avoir peu d'espoir que les mères et parfois leur partenaire changent leurs habitudes de consommation (Hayden, 2004). En toute évidence, s'ils n'ont pas confiance que la consommation de ces mères cesse ou diminue, ils ont possiblement de la difficulté à concevoir leur rôle comme étant aidant sur le plan de la consommation.

Moy et ses collègues (2007) constatent qu'en raison de la complexité des problématiques associées à la consommation et de la difficulté à établir des contacts avec eux, il semble très exigeant pour les intervenants de la santé d'intervenir auprès des mères consommatrices et de leur partenaire. Les parents qui vivent dans un contexte de consommation maternelle sont perçus comme « résistants » aux interventions, ce qui leur demande d'investir plus de temps et d'efforts dans leurs relations avec eux qu'avec les autres parents (Fraser, Barnes, et coll., 2007). Dans leur étude portant sur la façon dont les travailleurs sociaux abordent avec des parents leurs inquiétudes par rapport aux enfants, Forrester et ses collègues (2008) expliquent que la plupart « des approches d'interventions assument que les clients coopèrent avec les intervenants [vers des objectifs communs], mais nous informent rarement sur comment entrer en relation avec des personnes potentiellement hostiles autour de sujets sensibles » (traduction libre, p.33). Ainsi, les intervenants sont confrontés à ce qu'ils croient être des stratégies de la part des parents pour éviter les

rapprochements. Par exemple, les mères consommatrices et leur partenaire font parfois des commentaires qui mettent en doute la légitimité des intervenants à les questionner à propos de la consommation ou des risques possibles pour l'enfant, ils minimisent les inquiétudes des intervenants ou simplement, ils nient des informations les concernant (Forrester, McCambridge, Waissbein et Rollnick, 2008). Hayden (2004) ajoute que, comme les intervenants ne peuvent forcer les relations, ils ont alors l'impression d'avoir les mains liées pour changer la situation et deviennent parfois spectateurs de l'aggravation de certaines difficultés familiales sans pouvoir intervenir.

Néanmoins, des intervenants pensent que le déni et le secret sont au cœur des relations avec les parents consommateurs (Taylor et Kroll, 2004; Toner, Hardy et Mistral, 2008). Comme il en a déjà été question, Taylor et Kroll (2004) affirment que les intervenants trouvent laborieux d'intervenir dans un contexte où l'information qui leur parvient n'est pas toujours réaliste et constante. Certains parents peuvent mentir ou ne pas donner toute l'information nécessaire pour se présenter favorablement aux intervenants. Par contre, lorsqu'ils s'inquiètent des effets de la consommation maternelle sur la santé du nouveau-né, ils peuvent modifier leur version pour prévenir les difficultés. Si certaines mères sont en mesure d'affirmer avoir une consommation problématique, plusieurs intervenants considèrent qu'elles ne sont pas conscientes des risques potentiels de leur consommation pour le poupon (Perry, Jones, Tuten et Svikis, 2003; Toner, Hardy et

Mistral, 2008). Aussi, certains auteurs proposent que les différents intervenants et les parents consommateurs ne semblent pas avoir une compréhension commune de ce qui constitue un risque pour la sécurité et le développement d'un nouveau-né (Kroll et Taylor, 2010; Taylor et Kroll, 2004). Il peut alors être pénible d'établir des objectifs d'interventions qui se situent aux limites de ce qui est acceptable pour chacun et à la croisée des perceptions différentes de ce qui pose problème.

Souvent confrontés à des grossesses et des accouchements hors normes, des intervenants reconnaissent l'existence de difficultés personnelles à gérer leur vécu émotif au contact des parents consommateurs. Parmi les intervenants de la santé interrogés dans l'étude de Raeside (2003), la grande majorité, soit 76 %, identifiaient vivre de la colère du fait qu'une femme consomme des substances psychoactives au cours de la grossesse parce que cela contrevient à leur propre schème de valeurs. Avoir des valeurs qui s'opposent peut influencer des intervenants à adopter des attitudes négatives envers les mères consommatrices et leur partenaire. Comme l'indiquent Fraser et ses collègues (2007), certains intervenants de la santé tentent de mettre en place des tactiques pour se distancer et ne pas trop se sentir impliqués auprès des parents consommateurs et du coup, éviter de se laisser atteindre émotivement. Par contre, Howe (2010) prétend que d'autres intervenants considèrent que cette stratégie freine la capacité des intervenants à être empathiques, à gérer leur stress et à penser et à agir rationnellement. En toute évidence, si être intervenant

implique nécessairement d'être en relation avec des personnes qui peuvent faire émerger des émotions, Morton et Konrad (2009) suggèrent qu'il est impératif que les intervenants restent vigilants de leurs biais, de leurs vécus émotifs et de leurs limites personnelles qui pourraient miner les relations avec la clientèle.

Il importe autant pour les intervenants de la santé que les intervenants psychosociaux de générer un climat émotif qui favorise les relations de confiance (Howe, 2010, Sun, 2006). Pour ce faire, ils doivent porter un regard sur eux-mêmes et sur leurs pratiques pour adopter une attitude d'ouverture et de respect. Les intervenants ont la responsabilité d'accueillir les parents consommateurs comme ils sont et de développer des moyens de les accompagner de la meilleure façon possible, soit en favorisant l'établissement de relations empathiques. L'un des moyens proposés par Gross et Capuzzi (2007) est d'essayer de comprendre à quoi ressemble le monde à travers les yeux des mères consommatrices et de leur partenaire et comment ils vivent au quotidien.

1.4.2 Perceptions de parents consommateurs de leurs relations avec les intervenants

D'abord, notons que plusieurs études révèlent que les mères qui consomment de l'alcool et des drogues se représentent les intervenants comme des personnes ayant des attitudes de méfiance, de rejet ou d'incompréhension profonde envers elles (Hall et van Teijlingen, 2006; Simmat-Durand, 2009; Toner, Hardy et Mistral, 2008). En outre, dans l'étude de Klee (2002a) des mères consommatrices ont reproché aux intervenants de leur

tenir des discours agressifs ou moralisateurs lorsque leur nouveau-né présentait des symptômes de sevrage. Cette auteure relève que, selon les mères consommatrices interviewées, l'attitude parfois très protectrice de certains intervenants envers le poupon les amenait parfois à se sentir reléguées à un rôle de parent malveillant. Ainsi, pour ces mères et leur partenaire, l'évaluation des risques potentiels pour le poupon ou les discussions à cet effet, peuvent être considérées comme des jugements de valeur de la part des intervenants à propos de leurs capacités à assumer leurs nouveaux rôles parentaux. Simmat-Durand (2009) va même jusqu'à affirmer que, pour certaines mères, l'évaluation des risques dans un contexte de consommation maternelle d'alcool et de drogues devient synonyme « d'interrogatoire », où ils ont l'impression d'être d'emblée en confrontation avec les intervenants.

Dans les études de Kroll et Taylor (2004, 2010), d'autres parents qui vivent en contexte de consommation maternelle ont exprimé que l'écoute et la compréhension des situations qu'ils vivent dépendent en partie des connaissances que possèdent les intervenants et de la capacité de ces derniers à donner un sens à leurs expériences comme parents. À titre d'exemple, autant dans l'étude d'Adams (1999) que celle de Klee et ses collègues (2002), plusieurs mères consommatrices ont identifié que certaines difficultés et exigences associées au traitement à la méthadone n'étaient pas bien comprises par certains intervenants. Ces mères attribuent cela à un manque de connaissances ou de formation de

ces intervenants. Par ailleurs, étant donné cette perception d'absence de connaissances spécifiques, les mères consommatrices de substances et leur partenaire sont craintifs des observations professionnelles faites et de l'interprétation que les intervenants peuvent faire de leurs propos.

Concernant l'expérience émotionnelle des parents pour qui la consommation de substances fait partie intégrante de leur mode de vie, certains vivent de l'impuissance lorsqu'ils perçoivent que les intervenants ont le pouvoir de leur retirer la garde de leur nouveau-né malgré les efforts fournis pour modifier leur consommation ou leur mode de vie (De Koninck, Guyon, Morissette, 2003; Morissette, Chouinard-Thompson, et coll., 2009; Ruthman, Field, Jackson, Lundquist et Callahan, 2005; Simmat-Durand, 2009). Quand des intervenants nomment avoir une inquiétude par rapport à la situation de l'enfant d'une mère consommatrice, les parents se perçoivent en relation de confrontation avec les intervenants pour décider ce qui est dans le meilleur intérêt de l'enfant. Selon Harbin et Murphy (2001), ils seraient alors moins enclins à collaborer avec eux pour modifier la situation. Pour les parents, esquiver les relations devient une stratégie viable pour éviter que les intervenants recueillent plus d'informations et qu'il s'en suive des conséquences indésirables pour eux. Nous pourrions aussi supposer que le manque de collaboration des mères consommatrices et de leur partenaire avec les intervenants pourrait être perçu comme un facteur de risque supplémentaire pour la protection du poupon.

Même si certaines mères continuent à consommer, elles désirent parfois maintenir le secret de leur consommation vis-à-vis de quelques personnes de leur entourage ou de certains intervenants (Hall et van Teijlingen, 2006; Templeton, Zohhadi, Galvani et Velleman, 2006; Weir, Stark, Fleming, He et Tesselaar, 1998). Dans ce cas, plusieurs de ces mères dénoncent des incidents où un intervenant a fait preuve d'un manque de confidentialité ou de discrétion devant autrui en lien avec leur consommation de substances ou concernant des aspects relatifs à leur situation parentale (Klee, 2002a; Poole et Isaac, 2001; Hall et van Teijlingen, 2006). Selon ces mères, il est donc essentiel que les intervenants soient discrets et vigilants aux écarts de confidentialité lorsqu'ils échangent avec des pairs alors qu'ils tentent d'établir une relation de confiance avec des parents.

Cependant, les perceptions de ces parents à l'égard de leurs relations avec les intervenants ne sont pas toutes négatives. Les recherches mentionnées mettent en évidence que parmi les perceptions des parents interrogés, plusieurs mères consommatrices et le partenaire de celles-ci indiquent avoir eu des relations très positives avec les intervenants et avoir été très satisfaits des services reçus. À titre d'exemple, Hall et van Teijlingen (2006) soulignent que dans un service intégré de maternité, de traitement de la dépendance et de services sociaux, l'expérience des mères utilisatrices de substances était généralement plus positive et les relations avec les intervenants étaient meilleures. Les mères de cette étude, comme celles de l'étude de Poole et Issac (2001), ont exprimé que le soutien des

intervenants spécialisés et des équipes multidisciplinaires était apprécié en raison du non-jugement, du respect de la confidentialité, de leurs connaissances relatives à leur expérience particulière de la maternité et que le soutien obtenu procurait aux mères une motivation nouvelle pour modifier leur situation. Malheureusement, ce type de programmes intégrés qui semblent particulièrement appréciés n'est pas également accessible ou disponible, et ce incluant le Québec. En l'absence de tels programmes, les mères consommatrices et leur partenaire pourraient bénéficier d'interventions concertées où un intervenant pivot aurait comme rôle d'établir une relation de confiance continue tout en étant clair sur les rôles et les responsabilités de chaque personne impliquée dans la situation, et ce en incluant les parents (Kroll et Taylor, 2010).

En définitive, malgré leurs réticences, les parents consommateurs ont le désir d'avoir une bonne relation avec les intervenants. Il dépend alors des intervenants de faciliter les rapports et de tenter d'atténuer les différentes contraintes pour que des relations de confiance puissent se développer.

2.S'intéresser aux discours des mères consommatrices et des pères

Dans ce chapitre nous retrouvons la méthodologie que nous avons privilégiée pour explorer et décrire le discours des mères consommatrices et des pères qui les accompagnent dans les moments qui entourent la naissance de leur enfant. D'abord, nous exposons le cadre théorique qui soutient cette démarche de recherche et qui accorde la parole à ces parents. Ensuite, nous présentons les concepts auxquels nous nous sommes particulièrement intéressé. Enfin, nous expliquons la méthodologie utilisée, puis nous présentons les critères éthiques prévus pour la recherche.

2.1 Cadre théorique

Le choix du « *modèle d'évaluation du contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives* » (Morissette et Venne, 2009⁵) nous a permis, à travers le discours des mères consommatrices et de leur partenaire, d'être attentif aux éléments contextuels qui peuvent être analysés comme facteurs de risque ou de protection pour l'enfant. Ce modèle nous semblait être le plus spécifique et le plus adapté pour explorer et décrire comment se vivent leurs relations avec des intervenants au cours de la période périnatale selon les contextes de services d'aide.

Ce modèle combine 1) la perspective écologique de Bronfenbrenner (1986) qui permet une évaluation globale de la situation tenant en compte la complexité de

⁵ Voir schéma du « *modèle d'évaluation du contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives* » en page 40.

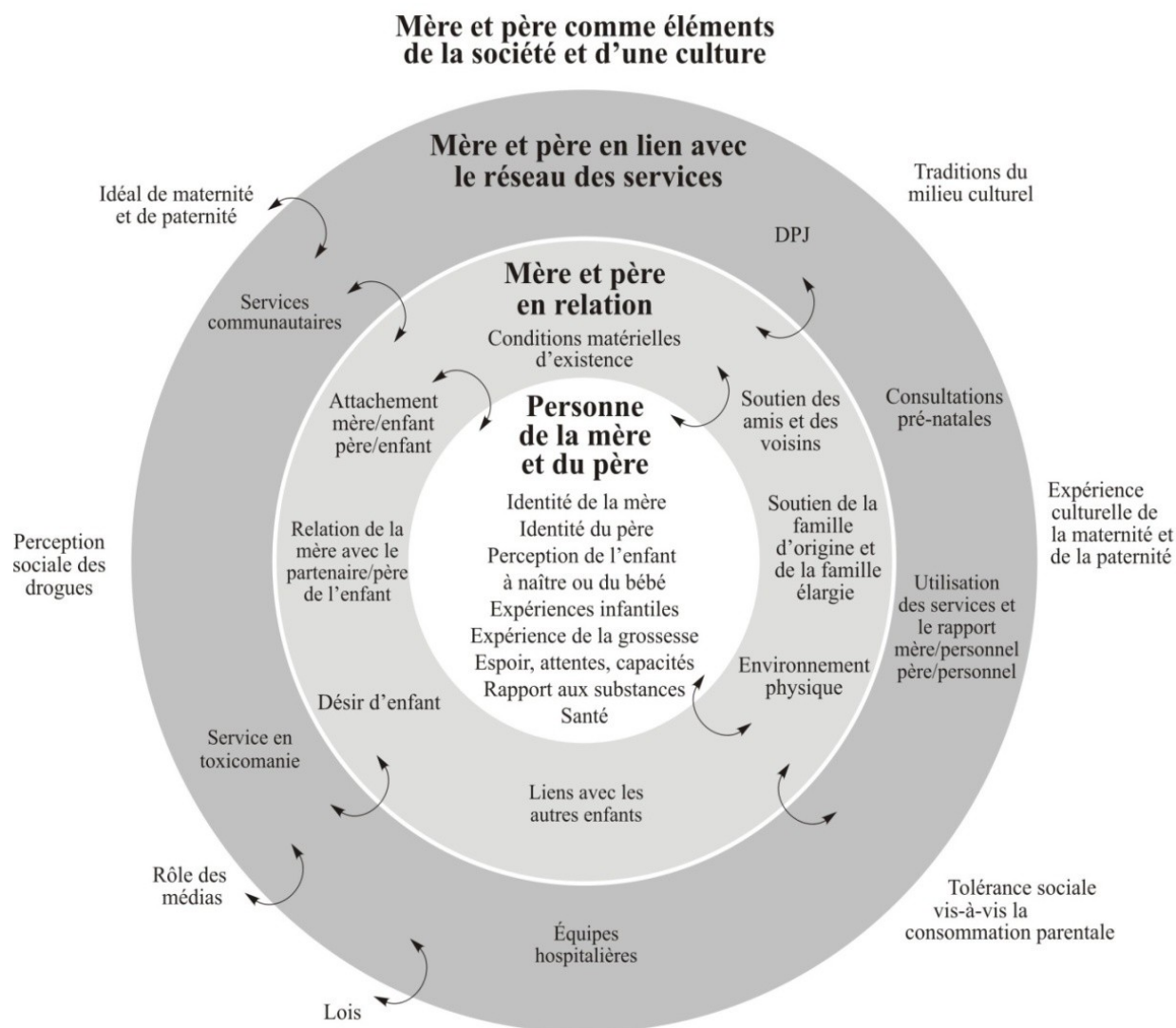
l'environnement de vie des individus (ayant trait, entre autres, aux dimensions sociales, affectives, familiales, économiques et politiques) tout en considérant les interactions continues entre une personne et son environnement, 2) une perspective centrée sur les forces d'une personne (Saleebey, 1992, 1994, 1997, 2006, 2013) où l'on porte une attention particulière aux réussites et aux habiletés des personnes rencontrées afin d'encourager les succès et d'éviter de n'évaluer que les difficultés qui sont habituellement le lot des mères consommatrices et de leur partenaire (Rapp, 2006) et 3) une perspective phénoménologique qui suggère de tenir compte des perceptions de chacun des parents et du sens que ceux-ci accordent aux événements qui entourent la naissance de leur enfant (Husserl, 1970, cité dans Morissette et Venne, 2009).

Pour cette recherche, nous retenons plus précisément certains aspects du « *modèle d'évaluation du contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives* ». Ainsi, bien que toutes les perspectives théoriques ci-haut nommées soient prises en considération dans ce modèle, notre recherche s'est attardée spécifiquement à ce que Bronfenbrenner (1986) appelait le *mésosystème*. Le *mésosystème* constitue les interactions entre deux microsystèmes, soit les relations entre les mères consommatrices et leur partenaire avec les intervenants médicaux et psychosociaux qu'ils rencontrent. De plus, dans cette recherche, nous nous sommes centrés sur les dynamiques relationnelles entre les intervenants et ces parents. Enfin, les données de ce mémoire ont été analysées selon une perspective phénoménologique. Cette perspective accorde une place privilégiée à l'exploration du « sens manifeste des discours, [...] (du) vécu, (de) la perception des acteurs et (de) leur expérience » (Groulx, 1998, p.35) tout en cherchant à reconstituer la perspective des participants de la façon la

plus authentique possible aux témoignages livrés. Cette visée permet de dégager leurs perceptions des faits, leurs appréhensions, leur perception des jugements et des attitudes des intervenants avec qui ils sont en relations. De cette façon, on reconnaît une importance aux discours et aux expériences des parents vivant en contexte de consommation maternelle.

Figure 1 : Modèle d'évaluation du contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives⁶

Modèle d'évaluation du contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives



Pauline Morissette, PhD., t.s.
Danielle Lessard, professionnelle de recherche
Marielle Venne, t.s.

⁶ Tiré du texte de Morissette, P. et Venne, M. (2009). Chapitre 3, «Un modèle théorique pour évaluer et intervenir dans le contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives », p.48. Dans Morissette, P. et Venne, M. (2009). *Parentalité alcool et drogues : un défi multidisciplinaire*. Éditions Sainte-Justine : collection Intervention.

2.2 Les concepts

Toute recherche implique de définir les concepts qui fondent la compréhension que l'on se fait du sujet d'étude. Par conséquent, dans le cadre de ce mémoire, le terme «*intervenant*» réfère à une catégorie de professions liées à la relation d'aide de type psychosociale ou médicale. Ce concept se veut large et inclusif afin de considérer les perceptions parentales de tous les intervenants qu'ils ont rencontrés du moment de l'annonce de la grossesse jusqu'au sixième mois suivant la naissance de leur poupon.

Il semble également pertinent d'élaborer sur ce que l'on entend par «*substances psychoactives*» dans ce mémoire. Une substance psychoactive consiste en tout produit stimulant, perturbateur ou dépresseur du système nerveux central qui occasionne un changement sensoriel ou perceptuel. Selon l'Agence de la Santé publique du Canada (ASPC, 2006), la consommation peut se faire dans un but médicinal ou non médicinal, et de façon légale ou illégale. Dans cette recherche, nous ne ciblons pas une substance ou un groupe de substances afin de considérer le type de produits consommés et leurs effets comme des éléments du contexte de vie des participants.

Cependant, outre la méthadone, nous ne nous sommes pas arrêté aux substances utilisées dans un but médicinal. La méthadone est une substance qui peut être consommée pour le plaisir ou qui peut être prescrite dans le but de contrôler et d'arrêter la consommation d'héroïne. Le traitement à la méthadone demande un suivi médical particulier se poursuivant sur une période de temps qui peut s'étendre de quelques mois à plusieurs années, en plus d'entraîner la possibilité d'un sevrage néonatal pour le nouveau-né d'une femme enceinte (Miles, Sugumar, Macrory, Sims et D'Souza, 2006).

Pour que la méthadone leur soit prescrite, les mères devaient être des consommatrices abusives d'héroïne. Or, en raison de leur mode de vie lié à l'usage antérieur d'autres substances dans un but non médical, nous n'avons pas porté un regard particulier sur la consommation de méthadone des mères.

2.3 Méthodologie

Comme il a déjà été dit, ce mémoire porte sur une analyse secondaire de données qualitatives tirées d'une étude qui est originale au plan méthodologique. D'abord, la recherche de Morissette et de ses collègues (2006-2010) donne la parole séparément et simultanément aux mères consommatrices et à leur partenaire qui forment le couple parental. L'originalité découle également du fait que les participants proviennent de milieux urbains et ruraux et que la recherche a sollicité des mères consommatrices et des pères qui n'ont pas nécessairement fait de demande d'aide particulière outre les services liés à l'accouchement. Aussi, tous les parents avaient la garde de leur enfant au moment de l'entrevue (temps 1).

Ce mémoire reprend sensiblement toute la procédure de recrutement et de collecte de données qui a été discutée dans des publications liées à la recherche originale (pour plus de détails consulter : Morissette, Chouinard-Thompson, Devault, Rondeau, et Roux, 2009; Morissette, Devault et Bourque, 2009; Morissette, Bourque et Roux, 2011). Nous présentons à nouveau ces éléments brièvement afin de répondre aux exigences liées au mémoire.

Par conséquent, nous discuterons d'abord dans cette section du recrutement en milieu hospitalier. Ensuite, nous aborderons la cueillette des informations qui s'est faite en deux étapes; trois semaines (temps 1) et six mois (temps 2) après la naissance de l'enfant.

2.3.1 Recrutement

Dans la recherche « *L'engagement des pères dans un contexte de consommation maternelle de substances psychoactives : Importance de bien connaître les facteurs liés à l'engagement paternel pour un développement optimal des enfants* » (Morissette, Rondeau, Devault, 2006-2010), le recrutement des parents s'est fait avec la collaboration des intervenants de différents départements de néonatalogie dans quatre régions rurales et urbaines du Québec⁷. Ce choix des milieux ruraux et urbains a été fixé sur la base de la diversité. Les intervenants ont d'abord identifié les femmes qui présentaient une situation de consommation abusive de drogues et/ou d'alcool au moment de l'accouchement. Le dépistage s'est effectué selon les procédures habituelles (tests biochimiques, informations au dossier, et autres indicateurs de consommation abusive). Les intervenants présentaient sommairement la recherche aux mères intéressées et à leur partenaire (consommateur ou non) qu'elles désignaient comme étant le père biologique ou social⁸ de leur enfant. Les intervenants leur proposaient ensuite de communiquer

⁷ Hôpital St-Luc (CHUM) – Montréal, Hôpital Sainte-Justine – Montréal, Hôpital Général Juif – Montréal, Centre Hospitalier Vallées de l'Outaouais, Centre hospitalier Charles Lemoyne – Montérégie, Centre hospitalier régional du Nord de Lanaudière.

⁸ Le « père social⁸ » fait référence à la personne que la mère identifie comme l'homme qui joue le rôle de père auprès du poupon, et ce, même s'il n'est pas biologiquement ou légalement lié à l'enfant.

leurs coordonnées à l'équipe de recherche. Par la suite, un membre de l'équipe de recherche faisait un premier contact avec les participants, clarifiait les questionnements qu'ils avaient par rapport à la recherche et planifiait une première rencontre environ trois semaines après l'accouchement. Au cours de cette première rencontre, l'ensemble des modalités de l'étude leur était présenté en détail afin que les mères et les pères puissent donner un consentement éclairé.

Pour participer à la recherche, les parents devaient être âgés de 18 ans et plus, francophones et avoir conservé la garde de leur enfant au moment de quitter le milieu hospitalier après la naissance. Pour s'assurer de l'éligibilité, la consommation des mères était à nouveau évaluée à la première rencontre avec l'équipe de recherche. Pour cette recherche, seules les femmes enceintes et les mères qui, dans les douze mois précédant la première entrevue, avaient un *usage abusif* de substances psychoactives selon les tests de dépistage DAST (drogues) (Skinner, 1982) et AUDIT (alcool) (Saunders, Aasland, Babor, De La Flunte et Grant, 1993) étaient retenues. L'usage abusif devait être identifié par l'un ou l'autre des outils de dépistage. Au DAST, les nouvelles mères qui ont obtenu un score entre 1 et 10, ce qui représente un risque faible ou intermédiaire, ont été exclues de la recherche, contrairement aux mères consommatrices qui ont obtenu un score de 11 à 15 (risque substantiel) ou de 16 à 20 (risque sévère). Toutes celles qui ont obtenu un score supérieur à 8 à l'AUDIT ont pu participer à la recherche parce qu'elles avaient eu une consommation nocive (scores de 9 à 12), une consommation qui comportant un risque substantiel (scores de 11 à 15) ou une dépendance à l'alcool (scores supérieurs à 13) pouvant entraîner des conséquences importantes dans la vie des consommatrices.

Au temps 1, vingt mères consommatrices et vingt pères ont été rencontrés. Au temps 2, seize mères et le même nombre de pères ont à nouveau accepté d'être rencontrés. Les autres parents n'ont pas pu être rejoints pour les inviter à participer à une deuxième entrevue. Le corpus d'entretiens comprend donc soixante-douze entrevues d'une durée moyenne d'une heure et demie chacune. À chaque rencontre, une indemnisation de 20 \$ était offerte à chacun des parents pour les frais qu'ils auraient pu encourir et le temps qu'ils ont consacré à la recherche.

2.3.2 Cueillette des informations

D'abord, lors de la première rencontre avec les parents, un questionnaire a été administré ce qui a permis à l'équipe de recherche d'établir le profil sociodémographique des participants et d'identifier quelques caractéristiques de leurs expériences parentales antérieures.

Ensuite, les entrevues de recherche ont été basées sur le récit de type thématique parce que les expériences des mères consommatrices et de leur partenaire sont examinées sous des angles spécifiques (Mayer et Deslauriers, 2000). Comme les entrevues ont été organisées et réalisées pour la recherche plus large (Annexe I), dans ce mémoire, nous nous sommes attardés qu'aux éléments relatifs à l'offre de services d'aide, aux expériences relationnelles de ces parents avec les intervenants médicaux et psychosociaux rencontrés ainsi que sur leurs suggestions pour améliorer tant les services que les relations des mères consommatrices et de leur partenaire avec les intervenants.

Tel que nous l'avons dit, les entrevues ont été réalisées trois semaines (temps 1) et six mois (temps 2) après la naissance de l'enfant dans le but que les récits d'expériences des mères consommatrices et de leur partenaire couvrent la plus grande partie de la période périnatale. Scinder les entrevues en deux temps, avait aussi pour objectif de limiter l'altération de leurs souvenirs qui peut se produire entre le moment où se vivent leurs expériences et le moment de les rapporter.

En fait, la première entrevue (temps1) couvrait la période de l'annonce de la grossesse jusqu'à trois semaines suivant l'accouchement en traitant une variété de thèmes. Lors de cette entrevue, les mères consommatrices étaient invitées à faire part de leur désir de parentalité, de leur relation de couple au cours de la grossesse, de leur consommation, et enfin, du soutien reçu par le père de l'enfant ainsi que par les intervenants des services d'aide. Pour les pères, cette entrevue distincte de celle de la mère examinait l'ensemble des dimensions touchant leur désir, leur préparation et leur transition à la paternité, ainsi que leurs expériences des relations avec les intervenants rencontrés dans des services d'aide, tout en considérant la consommation de substances psychoactives des mères et de la leur, s'il y avait lieu.

Parmi toutes les informations recueillies dans les premières entrevues, celles retenues pour ce mémoire traitent des relations vécues avec les intervenants rencontrés dans différents services d'aide et de leur perception de cette aide dans leur cheminement à la parentalité. Étant donné la période couverte par la première entrevue, la majorité des informations utilisées pour ce mémoire concernent les intervenants impliqués dans un suivi prénatal et ceux qui sont intervenus au moment de la naissance en milieu

hospitaliers. Les autres informations recueillies dans la recherche initiale ont toutefois été considérées comme des éléments contextuels qui peuvent possiblement influencer les perceptions de ces parents.

La seconde entrevue (temps 2) avec les mères consommatrices et leur partenaire portait sur le récit de l'expérience parentale depuis l'accouchement jusqu'au moment de la deuxième entrevue ayant lieu environ six mois après la naissance de leur enfant. Les mères faisaient le point sur l'état de la situation du couple parental et conjugal, sur leur adaptation à la maternité et sur leur consommation de substances depuis la première entrevue. De plus, elles s'exprimaient sur leurs perceptions de la façon dont le père joue son rôle, sur leurs visions des services qu'elles ont reçus, sur comment elles ont vécu les relations avec les intervenants rencontrés et elles formulaient des suggestions. Pour les pères, les entrevues ont mis l'accent sur leurs perceptions de l'enfant, sur leur rôle de père, sur la relation conjugale depuis la naissance, sur leurs préoccupations particulières en regard de la consommation de substances et finalement, sur les services autant que sur les intervenants qui les ont parfois soutenus au cours des six derniers mois.

Pour ce mémoire, les informations provenant de cette entrevue (temps 2) qui ont été retenues aux fins d'analyse portent sur les visions des mères consommatrices et de leur partenaire envers des services reçus pour eux-mêmes et pour leur poupon, sur les relations vécues avec les intervenants qui les ont accompagnés et sur leurs suggestions pour améliorer autant les services que les relations avec des intervenants. Cette entrevue a permis d'explorer d'autres expériences récentes vécues en milieux hospitaliers, mais également de recueillir leurs récits d'expériences auprès d'intervenants de Centres de

santé et de services sociaux (CSSS) et parfois de ceux des services de protection de la jeunesse.

2.3.3 Stratégie d'analyse

Étant donné que ce mémoire porte sur des données d'une recherche plus large, les étapes préliminaires à l'analyse, telles que colliger les données visant à établir le profil sociodémographique des participants et la retranscription des entrevues, ont été réalisées dans le cadre de la recherche initiale.

Pour ce mémoire, une étape initiale consistait à lire les *verbatim* dans le but d'identifier les thèmes associés aux services et aux relations avec les intervenants qui ont été abordés par les pères et par les mères consommatrices. Cet exercice a permis de faire une analyse thématique qui réfère à une, « transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs [des récurrences] du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche » (Paillé & Mucchielli, 2005, p.124). Cette première étape d'analyse verticale du corpus a permis de repérer et de découper les segments de *verbatim* qui se rapportent aux perceptions des parents sur trois grands thèmes qui correspondent aux objectifs du mémoire.

Le premier thème vise spécifiquement à mettre en lumière les perceptions des mères consommatrices et de leur partenaire des relations qu'ils ont vécues avec les intervenants médicaux et psychosociaux (ex : s'ils percevaient ou non que leurs relations avec le personnel hospitalier ont été influencées par la consommation de la mère, leurs

qualifications des relations vécues, leurs attentes envers les intervenants, les attitudes et leurs perceptions de (non-)jugement, etc.).

Le deuxième thème s'intéresse aux perceptions de ces parents de ce qu'ils considèrent aidant ou non dans leurs expériences relationnelles auprès des différents intervenants et de leurs suggestions pour améliorer les services offerts au cours de la période périnatale.

Un dernier thème concerne les perceptions des mères consommatrices et de leur partenaire des services qu'ils ont reçus, des programmes d'intervention et du cadre organisationnel (ex : les perceptions des programmes d'intervention, le déroulement de l'accouchement, l'application du protocole médical, ce qu'ils ont le plus et le moins apprécié de l'hospitalisation, les différents services utilisés, etc.). Tous les passages qui concernaient l'un ou l'autre de ces thèmes ont été regroupés dans un nouveau document qui est ensuite devenu le document de référence pour les étapes d'analyse subséquentes.

Une seconde étape d'analyse consiste à relire le nouveau document dans le but d'identifier des sous-thèmes qui précisent la première analyse. En outre, pour chacun des thèmes énoncés, les mères consommatrices et leur partenaire ont identifié des éléments qui décrivent et caractérisent leurs expériences, ainsi que des éléments de leurs expériences qu'ils ont appréciés et d'autres éléments qui seraient, selon eux, à améliorer.

Dans une troisième étape, des matrices de comparaison à la façon de Huberman et Miles (1991) ont été développées afin d'en permettre l'analyse horizontale. Dans ces matrices comparatives, nous avons d'abord regroupé les sous-thèmes selon leurs

similitudes et leurs récurrences. Puis, nous avons été en mesure de comparer les discours des pères et des mères en fonction du type de services reçus (centre hospitalier, centre de santé et services sociaux, et services de protection de la jeunesse) et des relations vécus avec des intervenants de chacun de ces types de services. Aussi, toujours dans ces matrices, nous avons mis en perspective les perceptions positives et les négatives de chacun des parents, ainsi que leurs suggestions pour améliorer les expériences futures des mères consommatrices et de leur partenaire.

2.4 Éthique

Des démarches d’approbation éthique ont été effectuées pour ce mémoire même si des approbations éthiques avaient été obtenues dans chacun des milieux hospitaliers de recrutement pour la recherche « *L’engagement des pères dans un contexte de consommation maternelle de substances psychoactives : Importance de bien connaître les facteurs liés à l’engagement paternel pour un développement optimal des enfants* » (Morissette, Rondeau, Devault, 2006-2010).

Néanmoins, comme les normes éthiques varient selon les différents milieux hospitaliers partenaires, certains comités ont reconnu avoir approuvé ce mémoire du fait qu’il avait été envisagé dès le processus d’approbation éthique de la recherche initiale. Un comité d’éthique de la recherche a considéré ce mémoire comme un nouveau projet de recherche pour lequel un certificat éthique indépendant a été émis le 19 octobre 2010 (Annexe II).

Parce que cette recherche s’inscrit dans le cadre de la maîtrise, le projet de mémoire a aussi été soumis au Comité d’Éthique de la Recherche de la Faculté des Arts et des

Sciences de l'Université de Montréal (CERFAS). Un certificat d'éthique autorisant la réalisation de cette recherche a été produit le 30 juin 2010 (Annexe II) et renouvelé pour chaque année supplémentaire.

3. Résultats : Perceptions des mères consommatrices et de leur partenaire des relations avec des intervenants

Dans ce chapitre, nous présentons le point de vue des mères consommatrices et de leur partenaire en regard des relations qu'ils ont eues avec des intervenants.

D'abord, afin de mieux saisir qui sont les mères consommatrices et leur partenaire, nous présentons les éléments sociodémographiques recueillis à partir d'un questionnaire.

De plus, les mères consommatrices et leur partenaire ont discuté des éléments relevant des intervenants qui ont eu une influence sur leurs relations. À cette fin, nous abordons les éléments que les parents ont jugés nuisibles ou favorables à la création de relations d'aide, et ce, concernant les connaissances des intervenants, leurs compétences, leurs habiletés d'expression et d'écoute, ainsi que leurs attitudes.

Ensuite, nous exposons les perceptions des parents des rôles que les intervenants jouent, ce qui peut également avoir une influence sur leurs relations. À cet effet, les mères consommatrices et leur partenaire ont dit que les intervenants doivent repérer la consommation, rester discrets à propos de la consommation des mères, donner de l'information, impliquer les parents dans l'intervention et parfois assumer un rôle d'autorité.

Aussi, à travers leur discours, nous avons identifié des éléments relevant des mères consommatrices et des pères qui pourraient influencer leur disposition à entrer en relation avec des intervenants. Les parents ont, entre autres, parlé de leur bagage

d'expériences, de la consommation des mères, de leurs peurs, des problèmes de santé de leur poupon, ainsi que de leurs difficultés et leur besoin d'aide.

Finalement, certains éléments qui ont aussi influencé les relations relèvent des contextes d'intervention. En décrivant leurs expériences, les mères consommatrices et leur partenaire ont exprimé leurs perceptions de la pertinence des services qui leur sont offerts, des politiques et des procédures, de la multitude de services et de la continuité des relations.

Tous ces thèmes sont présentés accompagnés d'extraits⁹ de *verbatim* pour illustrer les propos et permettre de mieux saisir les relations entre des mères consommatrices, leur partenaire et des intervenants à la période périnatale.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques des parents

Dans cette partie, nous reprenons les caractéristiques sociodémographiques des mères consommatrices et des pères qui ont déjà été présentées dans Morissette, Devault et Bourque (2009) et Morissette, Bourque et Roux (2011), et les résumons dans le Tableau I (en page 54).

⁹ Les extraits sont présentés en *italique* et accompagnés d'une référence. La première lettre de la référence indique s'il s'agit d'un père (P) ou d'une mère (M), suivi du numéro qu'il leur a été attribué. Par la suite, le temps de l'entrevue (temps 1 (t1) ou temps 2 (t2)) est identifié pour conclure la référence avec le numéro de la page (p) de l'entrevue retranscrite.

Tableau I : Profil sociodémographique et caractéristiques de la situation parentale

Caractéristiques	Mères (n=20)	Pères (n=20)
Âge		
20 -24 ans	4	3
25-29 ans	12	6
30 -35 ans	0	6
35 ans et plus	4	5
Scolarité		
Secondaire non complété	10	11
Diplôme secondaire	4	5
DEP	2	2
DEC non complété	0	1
DEC complété	4	1
Source de revenus		
Emploi (temps plein ou partiel)	3	6
Prêt étudiant	2	1
Assurance chômage	0	3
Aide sociale	13	10
Congé parental	1	0
Sans revenu	1	0
Revenu individuel		
- 20 000\$	19	12
20 000\$ - 29 999\$	1	5
30 000\$ et +	0	3
État matrimonial		
Conjoint de fait	19	
Marié	1	
Nombre d'enfants		
1 enfant	12	12
2 enfants	6	7
3 enfants	2	1
Durée de la relation de couple à l'annonce de la grossesse		
Moins de 2 mois	6	
3 à 5 mois	1	
6 à 11 mois	3	
1 an à 4 ans	4	
5 ans et +	6	

Au moment de la première entrevue, les mères consommatrices rencontrées ont entre 20 et 36 ans, alors que la moyenne d'âge du groupe est d'environ 27 ans. Quant aux pères rencontrés, ils sont âgés entre 22 et 42 ans, alors que leur âge moyen est d'environ 30 ans.

La majorité des pères comme des mères consommatrices a de faibles revenus qui proviennent souvent de l'aide sociale, n'a pas de diplôme d'études secondaires et a peu d'expérience de travail qualifiante.

Même si ce mémoire s'intéresse autant aux pères biologiques qu'aux pères sociaux, tous étaient biologiquement liés aux nouveau-nés. Douze mères consommatrices et douze pères vivent une première expérience comme parent. Les autres se déclarent parent d'au moins un autre enfant issu de cette union ou d'une union précédente. La plupart du temps, l'enfant est le fruit d'une relation de quelques mois, mais parfois, d'une relation durable.

3.2 Éléments relevant des intervenants qui influencent les relations

L'ensemble des mères consommatrices et leur partenaire ont exprimé la conviction qu'il est important que les intervenants sachent établir un bon contact avec eux. C'est pourquoi ils ont soulevé des éléments d'influence sur leurs relations qui dépendent des intervenants, tels que leurs connaissances ou leurs façons de faire, de s'exprimer, d'écouter et d'être. *A priori*, ces différentes compétences des intervenants, tels que défini par Le Boterf (2010) comme une combinaison des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être, peuvent parfois sembler similaires, d'autant plus qu'elles tendent

à être intégrées dans les pratiques en relation d'aide. Néanmoins, l'analyse du discours des pères et des mères a permis de dégager ces thèmes spécifiques et distincts.

Aussi, nous constatons que lorsque des mères consommatrices et leur partenaire disent avoir vécu des relations difficiles, ils accusent ces intervenants de manques sur plusieurs de ces thèmes à la fois. En revanche, ces intervenants « fautifs » aux yeux des mères consommatrices et de leur partenaire, ne représentent qu'un nombre restreint d'intervenants, alors que la vaste majorité des intervenants leur ont paru « *hors pair* », « *numéro un* », « *A un* », « *super bien* », « *génial* » ou « *très bon* ».

3.2.1 Perceptions des connaissances

Il semble qu'un premier élément qui influence les relations entre des mères consommatrices, leur partenaire et des intervenants relève de la perception que se font ces parents des connaissances des intervenants.

En général, les parents rencontrés ont une opinion favorable des connaissances que possèdent les intervenants, ce qui contribue à les mettre en confiance. La plupart des mères consommatrices et leur partenaire s'attendent à ce que les intervenants aient des connaissances que les nouveaux parents n'ont pas nécessairement, comme l'exprime cette mère :

«C'est juste que là moi l'allaitement, je connais pas ça. (...) Fait que moi je connais pas ça là, fait que je me laisse guider dans les mains des infirmières qui connaissent leur job.» (M9t1p26)

De plus, plusieurs parents ont mis de l'avant qu'ils apprécient que les intervenants partagent leurs connaissances avec eux,...

«Eux-autres (les intervenants) répondaient à toutes mes questions, ils étaient super doux avec moi, ils étaient gentils.» (M1t1p20)

...ce qui les rassurent et fait en sorte qu'ils participent et collaborent aux interventions

« Il y a des petites affaires je m'inquiétais, mais là je suis correcte là elle m'a, elle m'a rassurée là, elle m'a dit que c'était normal.» (M12t1p24)

«Oui, le pédiatre m'a dit qu'ils étaient cotés de 1 à 12 et qu'à 12 ils donnent une pilule de morphine. À tous les jours, je regardais le pointage. Il est monté à 4, 5, 6, 7. À 7 il est redescendu à 6.» (P1t1p19)

Ainsi, partager des connaissances peut être un moyen d'initier des rapports et de créer des alliances avec des mères consommatrices et des pères. Les informations que donnent des intervenants concernant les substances peuvent aussi les rendre conscients des risques. Ce père explique qu'il s'inquiète désormais en connaissance de cause :

«Maintenant j'ai peur des mélanges au quotidien, comme l'alcool avec la méthadone ou, tu sais j'ai peur de d'autres choses maintenant là vu que je connais ça». (P6t2p15)

Dans ce cas, les connaissances des intervenants peuvent permettre aux mères consommatrices et aux pères d'être plus vigilants et préparés à faire face à certaines situations.

Certains parents qui vivent en contexte de consommation maternelle ont toutefois identifié des connaissances que quelques intervenants auraient avantage à approfondir. Ils ont eu l'impression, à certains moments, que des intervenants manquent de

connaissances sur les traitements de substitution à la méthadone et ses effets sur le poupon.

«Ben j'ai comme été pas ben ben informé. Moi je trouve que c'est encore en train d'être en recherche. Les bébés-méthadone, c'est sûr que (...), en tout cas, ça fait longtemps qu'ils en ont vu, tu sais, c'est pas le premier, mais tu peux pas vraiment te fier, c'est plus un jeu de hasard.» (P2t1p8)

Dans le même sens, d'autres mères consommatrices et leur partenaire disent que certains intervenants manquent toujours de connaissances concernant les effets de certaines substances. À titre d'exemple, un père témoigne de la colère que lui a fait vivre le manque de connaissances d'un intervenant :

«Pis j'ai parlé au médecin, j'ai dit : « Ce serait tu dû à cause qu'elle consomme de la marijuana? » Pis là il m'a sorti une encyclopédie pis là il me dit : « La marijuana est une plante naturelle, mais causant peu ou moins d'effets dans la drogue pis tout ça, blablabla. » Fait que j'ai dit : « Ok, produit naturel. » pis là j'étais tellement fâché, je suis parti de l'hôpital, j'avais pris un taxi, je suis allé sur la rue (...), j'ai vu un... un gars rock-n-roll, un manteau de cuir, cheveux longs. Fait que j'ai baissé ma fenêtre, j'ai dit : « tu me vendrais-tu une petite bite à 5 de pot là? Juste une petite affaire de rien. » Pis je suis allé à l'hôpital, pis je suis allé le donner, je l'ai garoché dans la face du médecin. J'ai dit : « Fais analyser ça pis dis-moi que c'est naturel! » » (P19t1p9)

Ces parents veulent rencontrer des intervenants suffisamment informés pour les aider et, lorsque nécessaire, capables d'aller chercher l'information appropriée.

À l'opposé, quand certains parents perçoivent que des intervenants croient tout savoir, ils essaient de se tenir à l'écart des relations d'autorités qui leur sont alors manifestées. Un père explique qu'il a l'impression qu'un : *«médecin, c'est le God, c'est le bon dieu dans l'hôpital, pis il faut pas que tu lui dises qu'il est pas correct sinon là regarde, tu te les mets à dos. Fait que pour cette raison-là j'ai essayé de me tenir un petit peu plus en arrière pis me fermer la gueule.»* (P13t1p17)

Des pères et des mères consommatrices suggèrent que les attitudes d'experts qu'adoptent parfois quelques intervenants peuvent être associées à une expérience relationnelle plus négative.

3.2.2 Perceptions des habiletés d'expression

La majorité des mères consommatrices et des pères ont abordé les habiletés des intervenants à s'exprimer de façon compréhensible comme un élément qui a pu influencer leurs relations avec eux, tantôt positivement, tantôt négativement.

Pour favoriser des relations positives, il faut que les intervenants soient capables d'expliquer des notions parfois complexes aux mères consommatrices et à leur partenaire. Plusieurs parents disent avoir rencontré des intervenants qui ont su bien leur expliquer, *« clairement »* et *« tranquillement »*, ce qu'ils désireraient savoir.

«Mais ça a vraiment pas été long que (l'intervenante) a su nous mettre en confiance pis elle nous a expliqué clairement.» (M15t1p27)

«Elle est venue me l'expliquer plus tranquillement là. » (P18t1p31)

«Tout le monde (à l'hôpital) t'expliquent comment l'allaiter, comment... tu sais (l'intervenante) qui était là quand j'ai accouché, là, elle m'a aidée beaucoup. »
(M2t1p19)

Ces parents parlent du professionnalisme des intervenants en faisant référence aux explications qu'ils leur ont été données.

«Ils ont été professionnels. Ils m'ont tout expliqué ce qu'ils faisaient pis quand ils ont pris le petit pour l'emmener de la salle d'accouchement à aller jusqu'aux soins intensifs, j'ai été en arrière, aux côtés avec les médecins. J'ai suivi. Quand ils l'ont mis dans l'incubateur ils m'ont tout expliqué fil par fil, lequel faisait quoi sur le moniteur. Ils m'ont tout expliqué. Ils m'ont... au fur et à mesure ce qu'ils faisaient.» (P15t1p18)

Au contraire, d'autres parents affirment qu'ils ont l'impression que certains intervenants s'expriment de façon incompréhensible pour eux.

«Et là tu sais ils m'expliquaient, mais ils m'expliquaient mal.» (M1t1p18)

«J'ai rien compris de qu'est-ce qu'ils ont dit» (P18t1p24).

« Là, tabarnan, j'ai dit, il va falloir qu'un moment donné on parle le même langage là.» (P9t1p43)

En outre, les propos de ces parents reflètent leur besoin d'obtenir des explications compréhensibles. Il va de soi que lorsque des personnes n'arrivent pas à se comprendre, elles peuvent, de part et d'autre, vivre des frustrations qui rendent ardu le développement d'une relation positive. Des mères consommatrices et leur partenaire en ont soulevé des exemples, tel que cette mère qui en témoigne:

«L'(intervenante) sur l'étage elle m'a dit « Qu'est-ce qui se passe ? », et là elle est allée voir (les intervenants) en néonate, elle est allée les voir, elle leur a demandé « C'est quoi qui se passe, là ? » (...) Et là, elle, elle m'a expliquée, je lui ai dit « Écoute, s'ils m'auraient expliqué comme ça, là... », j'aurais fait « OK, je suis d'accord, là, mon enfant je veux juste qu'il guérisse et qu'il revienne au plus vite chez nous. Je vais tout faire pour l'aider.» Moi si elle m'aurait dit ça comme ça, j'aurais dit « Ok, pas de problème », mais elle me dit « Non, non, non, tu peux pas le prendre (ton bébé)! » Tu sais comme ça, là, tu repars, tu revires de bord et tu te mets à pleurer. (...) C'est vraiment la façon d'être là, (de dire les choses) qui était rough, là.» (M1t1p26)

Dans le même sens, une autre mère souligne son appréciation de la patience des intervenants pour bien communiquer les informations.

«Ici, ils prennent le temps de s'asseoir, ils prennent le temps de t'expliquer pis... Si tu comprends pas ben, regarde s'il faut qu'il te l'explique douze fois de douze façons différentes pour que tu le comprennes, ben ils vont le faire.» (M15t1p26)

Toutefois, quelques parents déplorent le manque d'explications données par certains intervenants qu'ils ont rencontrés.

«Les (intervenants) aussi qui étaient comme un peu hésitants là, que tu veux savoir des choses pis que là dans le fond il dit : « Ah, tu comprendras rien même si on te le dit. Fait que on n'a pas de temps à perdre avec ça. » (P9t2p25)

Dans de telles circonstances, ces parents perçoivent que ces intervenants portent un jugement sur leurs capacités à comprendre. Pour ces parents, se sentir ainsi

discrédités par un intervenant peut avoir un effet important sur eux et sur leurs relations avec tous les intervenants.

«Moi, je dis de ne pas juger parce que les gens qui consomment, quand ils se sentent jugés, quand ils se sentent comme rejetés, c'est là qu'ils s'enfoncent. Moi, personnellement, je suis comme ça.» (M7t1p28)

3.2.3 Perceptions des habiletés d'écoute

Un autre élément qui influence les relations se dégage des propos des mères consommatrices et de leur partenaire, soit les habiletés des intervenants à les écouter.

Quelques mères consommatrices et leur partenaire ont dit que des intervenants ont parfois manqué d'écoute envers eux, ce qui les a fait se sentir jugés.

«Mais... j'aimerais ça que... que... il y ait pas de jugement, pis ils fassent en sorte vraiment qu'ils nous mettent avec du monde qui ont, qui ont pas de jugement. Pis que tu sais, ils écoutent la femme quand on parle.» (M18t1p27)

Cependant, d'autres parents ont ressenti une bonne écoute de la part des intervenants qu'ils ont rencontrés. Plusieurs parents ont dit que les intervenants qui les aident, les écoutent. Ce faisant, une poignée de pères et de mères consommatrices affirment que la capacité d'écoute de l'intervenant les amène à bâtir une relation basée sur la confiance et la complicité :

«Pis j'ai développé un bon lien avec mon (intervenante) que j'avais là-bas pis je pouvais... j'ai pu l'appeler, aller la voir, dire : « Écoute, je trouve ça difficile. C'est pas facile. C'est dur. Puis... » Elle était là pour moi aussi, tsé.» (P8t1p24)

«J'arrive à lui parler de tout. Pis un peu comme (mon intervenante), tu sais, on a quand même une belle complicité.» (M17t2p14)

3.2.4 Perceptions des compétences techniques

La perception que les mères consommatrices et leur partenaire se font des compétences techniques des intervenants représente un autre élément qui vient influencer les relations entre eux.

Plusieurs parents disent rechercher ces compétences à travers leurs rapports avec les intervenants. La grande majorité de ces parents expriment de la satisfaction envers ce que les intervenants ont fait pour eux. Plusieurs parents parlent d'avoir rencontré des intervenants *«compétents»*, *«professionnels»*, et qu'ils *«savent ce qu'ils font»*. D'autres commentaires reflètent leur grande appréciation des interventions autant médicales que psychosociales.

«Ils m'ont sauvée dans le fond là, tu sais... Ils (les intervenants) m'ont sauvé la vie là, ils ont été présents sans arrêt.» (M12t1p24)

«Pis moi je suis contente parce qu'eux autres (...) (les intervenants) ils ont pu aider la petite. Ils ont pu la sauver. Parce que sans ça, regarde, sans eux autres là elle serait déjà là... fff. Elle devrait, elle serait déjà morte.» (M20t1p52)

Il peut être difficile pour les mères consommatrices et leur partenaire d'évaluer la compétence professionnelle des intervenants du fait qu'ils ne partagent pas leurs connaissances, ni leurs formations ou leurs expériences. Toutefois, des parents disent qu'ils veulent des relations de collaboration où les intervenants partagent leurs compétences avec eux et vice versa.

« (Je veux) qu'on discute et qu'on s'arrange ensemble avec les (intervenants). »

(P5t1p8)

Si les compétences des intervenants sont indispensables pour les mères consommatrices et leur partenaire, elles sont souvent accompagnées de remarques indiquant qu'elles doivent nécessairement être doublées de qualités humaines.

« Je ne doute pas de la compétence de personne là, c'est juste que des fois, (le contact), c'est laissé à désirer. » (P3t1p16)

3.2.5 Perceptions des attitudes

D'après le discours des parents, il nous semble que ce qui est fait et ce qui est dit par les intervenants a autant d'importance pour les mères consommatrices et leur partenaire que la façon dont c'est fait ou c'est dit. Ainsi, les perceptions que ces parents se font des attitudes des intervenants influencent grandement leur volonté à être en relation avec eux.

Les subtilités des attitudes font en sorte que les mères consommatrices et leur partenaire ne sont pas toujours en mesure d'identifier clairement ce qui a produit leurs perceptions des intervenants.

« Tu le sens quand ça ne passe pas, que le monde ont des jugements. Ils te parlent moins. Il n'y a pas de sourires, pas rien. Il n'y a rien, tu n'es pas là. » (M5t1p32)

Plusieurs parlent de regards, de tons de voix et d'autres éléments non verbaux qui leur donnent une impression positive ou négative des intervenants et des relations qu'ils peuvent bâtir avec eux.

Attitudes qui nuisent aux relations

Plusieurs mères consommatrices et leur partenaire rapportent que les attitudes négatives de certains intervenants les rebutent, ce qui crée parfois des malaises ou des conflits entre eux, ou comme l'exprime cette mère : *«Je sens qu'il y avait un froid carrément.»* (M5t1p33) Ces parents ont souligné différentes attitudes négatives qu'ils ont observées chez des intervenants.

D'abord, des mères consommatrices et leur partenaire décrivent quelques intervenants comme ayant une attitude d'*«arrogance»* qui se traduit, pour certains, à travers des *«regards croches»* ou *«hautains»*, alors que d'autres ont perçu de l'arrogance dans un commentaire qu'ils jugent déplacé ou ironique. Par exemple, une mère explique son interprétation d'un commentaire : *«Pis l'autre (intervenante) tu sais, elle faisait comme des commentaires comme si je profitais du système là pis que je l'emmerdais la place là, tu sais, que j'avais rien vraiment d'intéressant à faire là.»* (M9t1p30) Il n'y a toutefois pas moyen de vérifier si ce que l'intervenante a dit prend réellement le sens que cette mère consommatrice lui accorde.

Ensuite, plusieurs mères comme des pères ont fait mention d'une attitude d'indifférence. D'autres parents identifient surtout des attitudes relevant d'un manque d'entregent. Ils réfèrent à ces intervenants comme des personnes *«pas sociables»*, *«marabouts»*, *«bête comme ses pieds»* et qui *«ne sourit pas»*. Il va de soi que ce genre d'attitude de la part d'intervenants n'invite pas aux relations, mais servent plutôt à créer une distance relationnelle avec les mères consommatrices et leur partenaire.

De plus, il semble que quelques parents déplorent des attitudes *«brusques»*. Des mères consommatrices et leur partenaire interprètent de telles attitudes par des gestes et

des tons de voix «raides». Certaines mères observent parfois un manque de délicatesse dans les gestes.

«Pis c'était comme... hey elle me mettait le garot fort pis envoie par là. Pis c'était pas... pas de douceur pantoute là. (...) C'était... elle piquait partout pis...J'étais comme un morceau de viande là, c'était... surtout elle (cette intervenante) là cette fois-là.» (M9t1p26)

«Je trouvais que ça manquait un petit peu de... de compréhension pis de «touch».» (M15t1p30)

Les attitudes brusques de quelques intervenants donnaient l'impression aux mères consommatrices et à leur partenaire que ces derniers n'avaient «*aucune compassion*» ou manquaient de compréhension envers eux. Dans ces circonstances, il pouvait être difficile pour ces parents de concevoir vivre une relation d'aide avec un intervenant qui leur semble insensible à ce qu'ils vivent.

Aussi, quelques mères consommatrices et leur partenaire regrettent les attitudes d'intervenants qui leur reflètent un manque de respect.

«Totalement! Il y a aucun respect, ben j'ai pas senti que j'étais respectée, pas du tout! Pas du tout! Et ça, c'est pas mal..., je suis désolée, là... Ça, ça a été très difficile pour le moral, là.» (M1t1p22)

Pour ces parents, le manque de respect ressenti fait référence à leur impression d'être parfois traités différemment des autres parents en raison de la consommation maternelle, sans pour autant qu'ils ne se plaignent de mauvais soins ou de mauvais

services. Par contre, ces parents ont dit vivre des relations plus difficiles avec ces intervenants.

Un autre aspect qui a été soulevé par seulement quelques parents est qu'ils ont, à l'occasion, perçu des attitudes *«hypocrites»* de la part d'intervenants. Une mère dit :

«Parce qu'il y en a qui sont trop gentils.» (M18t1p26)

Finalement, toutes ces attitudes nuisent à l'établissement de relations parce qu'elles donnent l'impression aux mères consommatrices et leur partenaire qu'*«ils ne savent rien»*, qu'ils sont *«invisibles»* ou *«de déranger»* les intervenants. Les parents pensent alors que les intervenants sont *«tannés de leur cas»* et qu'ils posent des gestes *«pour se débarrasser»* d'eux.

Attitudes qui favorisent les relations

En continuité avec ce qui a été dit auparavant, lorsqu'ils leur démontrent des attitudes positives, presque toutes les mères consommatrices et leur partenaire disent avoir vécu des relations d'aide et de confiance avec des intervenants.

La plupart racontent avoir observé des attitudes d'ouverture. Ces parents parlent des intervenants comme des personnes *«sociables»*, *«attentives à leurs besoins»*, *«sensibles»* et *«conscientisées»*. Plusieurs de ces parents ont aussi soulevé qu'ils apprécient particulièrement des intervenants *«approchables»*, qui se présentent avec une certaine familiarité ou de façon plutôt informelle :

«Ah elle est... est cool là. Elle vient tout le temps en amie là comme.» (P11t1p29)

Pour les mères consommatrices et leur partenaire, ces attitudes des intervenants leur démontrent une ouverture à vivre la relation d'aide, ou comme cette mère dit : *«J'ai*

été accueillie.» (M20t1p52) Ce type d'attitude informe les mères consommatrices et à leur partenaire qu'ils peuvent possiblement partager de bons moments en compagnie de ces intervenants.

En ce sens, la majorité des mères et des pères ont fait savoir que d'autres attitudes des intervenants favorisent la collaboration. Ils estiment particulièrement leurs relations lorsqu'ils ont l'impression que les intervenants *«se soucient»* et *«se préoccupent»* d'eux parce qu'ils se sentent *«appréciés»*. D'autres parents ajoutent qu'ils aiment que les intervenants leur laissent le temps de réfléchir *«sans trop insister»* ou *«sans mettre de la pression»* pour qu'ils puissent prendre leurs propres décisions.

En résumé, on comprend que ces mères consommatrices et leur partenaire souhaitent entrer en relation avec des intervenants qui leur semblent être en mesure de les soutenir en fonction de leurs choix et à leur rythme.

Aussi, sans les en remercier, quelques parents reconnaissent qu'ils apprécient quand des intervenants font preuve d'humilité en s'excusant de leurs erreurs.

«Mais le lendemain il s'est excusé, tu sais. Mais je pense que c'est la première fois qu'il se faisait parler de même, pis (ça été correct) après.» (P9t1p36).

De plus, beaucoup de mères consommatrices et leur partenaire ont décrit d'autres attitudes aidantes. Ces parents parlent d'intervenants qui sont *«gentils»*, *«fins»*, *«encourageants»*, *«compréhensifs»* et qui leur *«font confiance»*.

Ces mères consommatrices et leur partenaire affirment qu'ils cherchent à vivre des relations avec ces intervenants parce que c'est une plus value pour eux. Les relations de confiance peuvent motiver et valoriser ces parents

«Je l'appelle (l'intervenante) pour m'encourager.» (M7t1p16)

Pour ces parents, les attitudes positives des intervenants ont facilité la création de relations de confiance entre eux, ce qui devient une source de motivation importante dans l'atteinte de leurs objectifs personnels et familiaux.

3.3 Éléments relevant des rôles des intervenants qui influencent les relations

Plus que le simple fait d'accomplir des tâches, les intervenants assument différents rôles tout au long du processus d'intervention. Ce qui retient l'attention se sont les perceptions que des mères consommatrices et leur partenaire ont de la façon dont des intervenants jouent ces rôles, ce qui peut influencer leurs relations avec eux.

3.3.1 Repérer de la consommation parentale

Le repérage de la consommation de substances psychoactives est un élément qui semble influencer l'entrée en relation des mères consommatrices et de leur partenaire avec des intervenants des milieux hospitaliers. Bien que la majorité des mères a dévoilé sa consommation aux intervenants, ces derniers procèdent, de manière générale, à différentes stratégies de repérage des substances sur le poupon et sur la mère.

Trois enjeux principaux attirent l'attention des mères consommatrices et leur partenaire quant au repérage de la consommation maternelle. Premièrement, la majorité des pères comme des mères ont exprimé que l'approche des intervenants a été positive lorsqu'ils ont questionné les mères sur leur consommation de substances au moment de l'accouchement, ce qui permet d'établir d'emblée un climat favorable aux relations.

«Elle s'est renseignée un petit peu, parce que c'est moi quand je suis rentrée (à l'hôpital) c'est sûr, je leur ai dit. Fait que c'était dans le dossier. Elle me l'a demandé, mais elle en a pas... elle s'est pas étalée sur le sujet. Elle a pas... c'était pas du harcèlement, c'est pas du... C'était pas négatif. Je me suis pas sentie attaquée ou... Elle a su nous mettre à l'aise assez vite.» (M15t1p29)

Deuxièmement, plusieurs parents ont noté que le dépistage urinaire des drogues sur l'enfant est fait sans leur consentement explicite. C'est avec inquiétude que certains parents ont alors compris que des intervenants préfèrent ne pas tout leur dire et agir auprès de l'enfant à leur insu. La plupart de ces parents ont dit que, puisqu'ils ont dévoilé la consommation maternelle, ils ne refuseraient pas que l'enfant soit soumis à ce test de dépistage pour autant que l'objectif principal soit que l'enfant reçoive les soins appropriés. Ils apprécieraient plus de transparence.

«Tu sais, souvent ils faisaient des tests pipi à ma fille sans me demander c'était quoi, sans me dire c'était quoi. Ça m'inquiétait et je me doutais c'était pourquoi, mais ils ne me disaient jamais c'était quoi. Ou je sentais qu'il y avait quelque chose. Ça aussi je n'aime pas ça. Je trouve qu'il devrait y avoir plus d'ouverture, ils devraient plus en parler. Ils devraient le dire carrément : Test pipi.» (M5t1p34)

Les notions de consentement libre et éclairé par rapport au repérage de substances psychoactives sur le nouveau-né semblent parfois avoir été interprétées comme un élément du consentement général aux soins. Cependant, cela peut engendrer des inconforts éthiques qui peuvent nuire à la relation de certaines mères consommatrices et de leur partenaire avec des intervenants. C'est la situation de certains

parents qui, ayant parlé de la consommation maternelle aux intervenants avant la naissance, croient que le dépistage a pour but de confirmer ce qu'ils ont déjà annoncé et l'interprètent comme un manque de confiance.

«On (va faire)... le «piss» test, ça va tout prouver pis c'est tout, tu sais. »

(M6t1p22)

«Nous autres, ce qu'on veut, on est d'accord avec vous, on veut prouver que ce qu'on vous a dit, c'est la vérité.» (P4t2p6)

Finalement, le dernier enjeu dans la relation parents-intervenants réfère au fait que plusieurs parents soulignent que les intervenants posent des questions afin d'évaluer la consommation de la mère, mais ne s'intéressent pas à celle du père. Les parents comprennent l'importance de s'informer de la consommation maternelle pour intervenir sur le plan de la santé du poupon. Par contre, certains ne conçoivent pas que la consommation des pères ne soit pas explorée avant que les intervenants décident s'ils vont signaler ou non la situation de l'enfant aux services de protection de la jeunesse.

«Parce qu'ils m'ont jamais demandé si moi je consommais ou des affaires de mêmes. C'était moi que j'étais, tu sais ils disaient : « Bon maman consomme de la drogue », mais j'ai dit : « Papa aussi. Papa sa drogue c'est son café pis c'est sa cigarette. » Là elle a dit : « Ah, vous ne consommez pas? » J'ai dit : « Non, je consomme aucune drogue, aucune boisson, rien. » « Ah, ok. » Là elle était comme surprise.» (P19t1p42)

3.3.2 Rester discret sur la consommation des mères

Un autre élément qui influence les relations est le fait que la plupart des mères consommatrices et de leur partenaire veulent que l'on fasse preuve de discrétion par rapport à la consommation des mères. Ces parents demandent à ce que l'information demeure confidentielle et ne soit que discrètement partagée entre les intervenants impliqués directement auprès d'eux. Quand ce n'est pas respecté, les parents concernés perdent un peu confiance envers certains intervenants, comme cette mère en témoigne :

« Ben c'est ça, et là je venais juste d'accoucher, on attendait que l'utérus se replace correct. Mon amie, elle vient en me disant « Ton petit, je l'ai vu il est dans l'incubateur ». Là, elle me dit « Combien de temps qu'il reste là ? ». J'ai demandé à l'infirmière, elle dit « Ben là, vu qu'il est sous méthadone... ». Ferme ta gueule! Et le pire, ça m'a super déçue parce que cette infirmière-là, je la trouvais super fine, tu sais. C'est pour ça peut-être que j'ai pas été portée à faire de plainte. Et je lui ai dit, je lui ai dit « Excuse-moi, cette amie-là est pas au courant. Là ça me dérange pas qu'elle le soit, c'est ma meilleure amie, elle ne me jugera pas. Mais j'aimerais ça que les prochaines fois tu fasses attention, c'est pas tout le monde qui sont au courant ». (M1t1p17)

Cette intervenante a violé la confidentialité de façon non intentionnelle. Ceci aurait pu avoir des conséquences importantes sur les relations de cette mère consommatrice avec son entourage.

Plus spécifiquement dans les milieux hospitaliers, l'organisation du travail en équipe suppose que les intervenants communiquent entre eux, souvent dans des espaces

ouverts, à propos des mères consommatrices et des poupons dans le but d'offrir les bons soins. Il peut leur être parfois difficile de rester discret.

«Pis un moment donné, je te jure là, un moment donné il y a un médecin qui est arrivé là, un médecin là... tu sais (l'intervenant) là, il a commencé à parler de ma consommation partout. Tu sais, fort devant plein de monde. Il y avait d'autres mamans là.» (M18t1p27)

Certaines mères consommatrices et certains pères, et davantage ceux qui vivent un séjour prolongé en milieu hospitalier, n'aiment pas de se sentir « *observés* » et « *surveillés* » par les intervenants en raison de la consommation maternelle de substances.

«Je trouvais ça plate. Parce qu'ils t'observent beaucoup. C'est correct de voir ce qu'on fait. Sauf que tout le monde devrait être observé de la même manière, pas plus une héroïnomane qu'un parent normal. (...) Je trouve que oui, ils observent beaucoup et des fois c'est désagréable. Se sentir observés comme ça.» (M5t1p35)

Comme cette mère, plusieurs parents comprennent que les intervenants du milieu hospitalier se doivent de les observer, mais la plupart préférerait qu'ils le fassent plus discrètement.

3.3.4 Transmettre des informations cohérentes

Les relations entre ces parents et des intervenants peuvent aussi être influencées par les informations qui sont données aux parents. En fait, plusieurs mères

consommatrices, appuyées de leur partenaire, ont soulevé une insatisfaction relativement aux informations contradictoires qu'elles ont reçues de la part de certains intervenants d'un même milieu ou de milieux différents. Ces mères en viennent à être confuses alors qu'elles tentent de suivre les recommandations. Le manque de cohérence dans les informations qu'ont reçues ces mères consommatrices peut influencer négativement la perception que les parents se font des intervenants et même susciter de la colère dans certains cas.

« Un moment donné avec une infirmière c'était : « Bon, on va prendre tel lait puis on va lui en donner tant. Puis là on va lui donner aux deux heures. » Là après ça l'autre c'était : « Ah, ben vu qu'elle a bu tant tantôt, on va mettre ça aux trois heures. » (...) Je me réveille dans la nuit, ça faisait cinq heures qu'ils m'avaient pas réveillée. Là j'ai, là je m'en va voir l'infirmière. Je dis : « Madame, j'ai dit, ça fait cinq heures je dors, vous m'avez pas réveillée. » « Mais c'est pas grave, elle dit, le bébé s'il dort pis il se réveille pas pour boire, c'est correct, on va le laisser dormir. » J'ai dit : « Mais l'autre infirmière là, parce que là je veux allaiter au sein, elle m'a dit qu'il fallait pas que je passe plus que trois heures parce qu'il faut que je fasse activer ma montée laiteuse. » « Mais non, fais-toi en pas avec ça. » Fait que là le matin là, là je dis ça (au père) pis là le matin là il était fâché. » Là il dit : « Là, il dit, là ça suffit le niaisage là. » (M9t1p26)

Les parents s'expliquent le manque de cohérence dans les informations reçues du fait qu'au-delà des connaissances, les intervenants ont aussi des différences dans leurs façons de faire et d'être, comme le dit cette mère :

«À part de ça là, c'était pas qu'ils travaillaient mal. C'est qu'ils ont toutes leurs manières.» (M8t1p38)

3.3.5 Impliquer les parents

Un autre élément qui pourrait influencer les relations est la place qui est laissée aux parents dans l'intervention et les soins. En effet, comme le disent la plupart des mères consommatrices et des pères, les relations avec des intervenants pourraient être favorisées quand les parents veulent être partenaires dans l'intervention.

«Je comprends qu'il y a des pères qui ne veulent pas s'impliquer, regarde, c'est leur problème. Mais moi, je considère que je m'implique avec mes enfants et je veux être là. » (P4t1p15)

Cependant, certains parents expliquent qu'ils sont exclus de l'intervention alors que ce sont eux les parents. À titre d'exemple, un père relate une expérience où une intervenante a donné des soins à l'enfant sans en avoir demandé le consentement aux parents :

«Puis mettons il y en a une qu'elle, elle décidait que le bébé elle le gardait sous observation ou elle décidait qu'elle lui donnait un biberon (...). Elle avait pas d'affaire à nous «bypasser», tu sais c'est comme s'ils rejetaient là nos droits, tu sais.» (p9t1p37)

Cet extrait continu de montrer que l'attitude des intervenants est un élément-clé des relations quand on parle d'intervention en contexte de consommation maternelle.

De plus, il est intéressant de souligner que, lorsqu'ils obtiennent des services après la naissance, la majorité des mères consommatrices et de leur partenaire ont dit

s'attendre à vivre des interventions dans lesquelles on tient compte des parents et non seulement de l'enfant. Certains ont été confrontés à des intervenants qui les ignoraient bien qu'il s'agisse du bien-être de leur poupon:

«Écoute, il y en a qui (...) me parlent, qui sont là, qui me montrent des choses, mon bébé, qui m'apprennent, qui viennent dans notre chambre, qui me parlent. Il y en a que non, c'est le bébé, point.» (M5t1p30)

«Pis ils font comme si je suis pas là. tsé.» (P8t1p32)

Des pères se sont sentis, quant à eux, complètement rejetés lors d'intervention auprès de l'enfant. Ils avaient l'impression que l'intervention ne s'adressait qu'aux mères :

«Mais j'ai senti vraiment que je dérangeais pis qu'ils en voulaient pas du père, tu sais. C'était trop là pis ils voulaient juste la mère, pis moi j'étais de trop, tu sais.» (P13t1p15)

En plus, nos données indiquent que le malaise des pères peut les empêcher de collaborer à certaines interventions. Cette mère donne un exemple en parlant du père de son enfant :

«Je pense qu'il a peur d'avoir un... Tu sais, il pense que c'est un genre de club de mamans.» (M2t2p15)

Toutefois, les pères qui ont été invités à prendre part aux soins de leur enfant avec la mère semblaient avoir une opinion plutôt favorable de leurs relations avec les intervenants.

«Super bien. L’infirmière c’était une amour... elle encourageait (la mère). Je parlais beaucoup avec l’infirmière. Les infirmières (...) elles étaient comme des mamans. Même que la nuit, quand la petite elle pleurait, (l’intervenante) venait dans la chambre puis là elle disait : « Est-ce qu’on réveille le papa? »»
(P19t1p39)

Les mères consommatrices et leur partenaire annoncent aussi qu’ils veulent être impliqués dans les objectifs fixés dans l’intervention et croient que ces objectifs devraient être négociés avec les intervenants. À cet égard, les mères consommatrices et leur partenaire ont exprimé que pour qu’ils développent une relation de confiance avec des intervenants, il leur faut être en accord avec les objectifs de l’intervention. Quand ce n’est pas le cas, ils remettent en question leur engagement dans la relation avec ces intervenants. Par exemple, ce père disait:

«Un moment donné, c’est comme... « Vas-tu finir ton secondaire?», tout le temps...Crissez-moi donc la paix ! Regarde, je fais mon possible ! Mais tu sais, ils ne font pas ça méchamment, en quelque part. Tu sais, des fois il faudrait que tout soit au noir ou au blanc dans la vie, mais regarde, tu peux être dans la zone grise des fois!» (P2t2p14)

3.3.6 Avoir un rôle d’autorité

Dès le signalement, les intervenants des services de protection de la jeunesse doivent jongler avec des rôles d’aide, comme le font tous les intervenants, et des rôles d’autorité plus importants dans ce contexte, ce qui bien évidemment peut affecter leurs relations avec des mères consommatrices et leur partenaire. Des parents ont mis en

lumière qu'ils ont conséquemment vécu deux formes de relations avec ces intervenants, soit des relations d'autorité et des relations d'aide en contexte d'autorité.

Perception de l'évaluation du signalement

Il est intéressant de noter que, lorsqu'une situation est signalée aux services de protection, certaines mères consommatrices et leur partenaire s'approprient le signalement. Ces parents comprennent que les intervenants de la protection de la jeunesse n'interviennent qu'auprès des parents «répréhensibles». Par contre, bien que la rencontre d'intervenants de la protection soit souvent non volontaire, la plupart de ces parents ont dit être agréablement surpris de la façon dont ces intervenants entrent en relation avec eux. Ils affirment être satisfaits de leurs premiers rapports.

«Mettons t'entends dire des affaires, tu sais, sur la DPJ ou des cossins, de tout le monde que je connais. (...) Mais c'est comme les mythes que j'ai entendus parce que, tu sais, on a été super bien traités. Je suis bien content.»

(P2t1p25)

«Oui, ils sont venus, on les a eus au début. Une rencontre une semaine après. Et ils ont été super gentils. Imagine-toi dont, on en a eu une très gentille. Elle a compris et elle est venue à la maison. Ça s'est bien passé.» (M5t1p34)

Relation d'autorité et ses effets

La relation d'autorité, où les parents se sentent forcés de suivre les recommandations des intervenants, génère une motivation à changer, mais se vit dans la méfiance, les tensions et le stress.

Deux mères consommatrices et leur partenaire discutent les relations d'autorité. Ils semblent être les parents qui vivent des peurs plus importantes envers l'intervention des services de protection. Ce sont aussi ceux qui tendent à minimiser davantage les effets de leur consommation sur leur parentalité.

«Mais là regarde, c'est juste l'alcool pis les substances moins fortes que ça.»

(M20t1p34)

« Je pense que je suis un bon père, malgré la consommation. » (P20t1p6)

Pour ces quelques parents, la relation d'autorité constitue la motivation principale à se mobiliser sur un ensemble des dimensions notamment la consommation des mères, mais cela leur fait surtout vivre des tensions importantes.

«Oui, parce que je me dis que juste avec ma famille, des fois je peux m'en foutre d'eux autres. La DPJ, si j'ai pas le choix, quand j'ai pas le choix, je fais bien mes affaires.» (M7t1p27).

«Mais faut que je me... je garde mon calme parce que... Ben ça l'a pas le choix de fonctionner de toute façon. (...) Ça me fait chier vraiment. Ça... je trouve ça plate (...), dans le fond moi je veux pas rien abandonner là (ni la consommation, ni rien). C'est, c'est eux autres (qui le veulent).» (P20t2p5)

En relation d'autorité, quelques parents craignent que certains intervenants qui amassent des informations sur leur situation aient un agenda caché, tel que les punir ou de prouver qu'ils ne sont pas des parents adéquats.

«Eux autres prétendent que c'est pour le, c'est sûr que oui c'est pour le bien de la petite là. Moi, je prends ça plus comme des, des... des coups de bâtons là. Parce qu'on nous menace sans arrêt de, de nous l'enlever.» (P20t1p55)

«Ils viennent, mais tu sais ils prennent des notes, ils nous posent des questions. Mais dans le fond, ils font d'autres choses.» (P20t1p37)

«Mais si la DPJ reste, comme n'importe quand, il y a quelqu'un qui peut venir me visiter ici (et me prendre en défaut)». (M7t1p26)

Quelques parents disent que les intervenants ne sont pas assez transparents avec eux. Leur méfiance les amène parfois à en «dire le moins possible» (P20t2p6) aux intervenants, à «dire qu'est-ce qu'ils veulent entendre» (M5t2p27) ou ils se sentent «obligés de conter des mensonges» (M20t1p35) pour garder ou retrouver la garde du poupon. Ces parents peuvent vivre ces relations avec des intervenants comme un stress.

«Pis je pense que moi ça me nuit. Ça me stresse plus que d'autre chose. Pis j'ai encore plus le goût de m'ouvrir une bière, tu sais. Je pense que tout ça. (...) Des questions on s'en fait poser. C'est beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup là. Parce que tout le monde dans ce (service), se, se mêle de tout là.» (P20t1p55)

Relation d'aide en contexte d'autorité

La relation d'aide en contexte d'autorité se vit quand des mères consommatrices et leur partenaire considèrent, malgré le contexte d'autorité, que l'intervention est un moyen de prévenir le placement du poupon et de répondre à des besoins ponctuels.

«Parce que comme ça si jamais il y a quoi que ce soit d'autre, je le sais que là ils vont nous aider. (...) Ils sont vraiment là pour nous aider (à garder notre fils).»

(M17t2p11)

Les quelques couples de parents qui ont vécu une relation d'aide avec des intervenants de la protection tendent à avoir vécu des expériences passées positives avec d'autres intervenants et semblent davantage reconnaître avoir certaines difficultés pour lesquelles ils pourraient bénéficier de soutien.

Pour ces quelques parents, la collecte d'information sert à démontrer leurs compétences aux intervenants de la protection. C'est le cas de ce père qui exprime sa fierté d'avoir répondu aux attentes des intervenants :

«La DPJ a passé pis tout pour voir si on avait... si on était ben installés, pis tout.

Pis ils ont fait : « oui regarde, vous êtes mauditement ben placés pis tout. » Pis j'ai dit : « Regarde, je... » J'ai dit « YES! » on, on l'a eu là regarde. Là on a vraiment tout pensé là!» (P17t1p33)

Même en contexte d'autorité, les relations entre ces quelques mères consommatrices, leur partenaire et des intervenants de la protection se vivent davantage comme de l'aide quand les intervenants leur demandent de faire des démarches qui correspondent à ce qu'ils souhaitent faire, ce qui motive les changements.

«Fait que j'ai, j'ai beaucoup de choses à... à respecter. On me demande de faire des choses, thérapies et ainsi de suite là. Fait que ça c'est un autre bout que je trouve un peu plus dur. Consommation, ça c'était correct. De toute façon, je

voulais arrêter. Pis j'avais déjà arrêté, ça faisait un petit bout. Fais que ça c'est, c'était correct là, c'était très bon.» (M5t2p4)

3.4 Éléments relevant des mères consommatrices et de leur partenaire qui influencent les relations

Une des dimensions importantes des relations d'aide positives est la capacité de certains intervenants à développer une compréhension de qui sont les parents qu'ils rencontrent, de leur environnement social et de leur histoire de vie. Il nous importe donc de présenter des éléments relevant de ces parents pour mieux saisir leurs dispositions à entrer en relation avec des intervenants.

3.4.1 Expériences antérieures

Les expériences antérieures des mères consommatrices et des pères laissent une empreinte qui teinte leurs relations avec d'autres intervenants par la suite. Ces expériences antérieures représentent un élément d'influence sur leurs relations.

Au plan de la parentalité

Ceux et celles qui sont le parent de plus d'un enfant comparent leurs expériences relationnelles antérieures à leur plus récente et adoptent des attitudes d'ouverture ou de fermeture en conséquence. D'ailleurs, il semble que les expériences relationnelles difficiles lors des accouchements antérieurs des mères consommatrices leur ont fait vivre beaucoup d'appréhensions vis-à-vis de cet accouchement, comme l'explique ce père :

«Quand on est arrivé à l'hôpital, on pensait, on avait des appréhensions, on pensait que c'était pour être de même (comme la première fois). Mais finalement,

en quatre ans ils ont révisé leur programme, ils ont changé des choses. Pis on a été ben surpris, ça a ben été finalement. » (P13t1p17)

En général, ces parents expriment être plus satisfaits lors de leur deuxième expérience d'accouchement ce qu'ils attribuent, pour la plupart, aux modes de fonctionnement différents dans les milieux hospitaliers où les naissances ont eu lieu plutôt qu'aux relations qu'ils ont vécu avec les intervenants. Les relations sont plus faciles quand les intervenants et les parents se connaissent déjà.

«Pis en plus, tout le personnel qui était là c'était le personnel qui était là quand j'ai accouché du (premier enfant), fait qu'ils savaient plus à quoi s'attendre avec nous-autres. Pis nous-autres on savait plus à quoi s'attendre avec eux-autres.» (M13t1p25)

De plus, plusieurs mères consommatrices et leur partenaire ont déclaré qu'ils souhaitent que les intervenants tiennent compte qu'ils ont de l'expérience comme parent et qu'ils leur laissent l'espace pour jouer leur rôle à leur manière.

«(Des intervenants), ils abaissaient tout le temps (la mère) là. Ils pensaient qu'a savait pas qu'est-ce qu'a faisait, estic pis... Tu sais. Mais elle a déjà eu deux enfants dans le passé, elle les a allaités pis tu sais regarde. (...) Estic, là elle sait qu'est-ce qu'elle a à faire, tu sais. Elle le sait. Commencer à venir, les, les mater, pis ci, pis ça. Regarde : « tu sais pas comment faire ci. » « Ah ben attention, fais pas ça. » Laisse-nous vivre un peu là! » (P18t1p29)

En somme, ces parents nous informent qu'ils seraient davantage disposés à entrer en relation avec des intervenants qui prennent en considération leurs expériences parentales.

Au plan des services de protection

Parmi les parents interrogés, sept mères consommatrices et huit pères ont identifié avoir eu des contacts avec des intervenants de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) lorsqu'ils étaient eux-mêmes d'âge mineur ou à titre de parent d'un autre enfant. Ces parents basent leurs relations actuelles avec des intervenants de la DPJ sur leurs expériences antérieures avec des intervenants de ce même service. La relation serait plus difficile à bâtir si antérieurement leur expérience n'a pas été positive.

«La première expérience avec ma, ma petite, la première, elle a tellement été traumatisante que non, regarde. Lui (cet enfant) là, il en est crissement pas question.» (P17t2p33).

Dans certains cas, ces parents expriment plus de la méfiance.

«Ben au début j'étais réticente, parce que moi j'ai déjà fait le centre d'accueil pis des travailleurs sociaux pour moi c'est des mal..., des fouteuses de troubles là pis on... mais en tout cas. Fait que tu sais, tu me disais que t'es intervenante, c'est correct tu sais, mais travailleur social, euh. Fait que... mais finalement, elle était correcte là. » (M6t1p26)

Par contre, en dépit d'expériences antérieures difficiles avec des intervenants des services de protection, des relations positives avec des intervenants de d'autres

milieux ont un effet sur des mères consommatrices et leur partenaire qui tendent alors à démontrer plus d'ouverture à bâtir une relation de confiance.

«C'est mon intervenante (du centre de réadaptation en dépendance), c'est elle qui m'a parlé du programme Main dans la Main¹⁰ parce qu'elle a su veut, veut pas que j'étais enceinte, tu sais. Pis c'est ça. Je lui en ai parlé comme quoi j'avais peur de, de le perdre (comme j'ai perdu la garde de ma fille). Fait qu'elle m'a mis en contact avec... avec eux-autres pour que je puisse... le garder quoi. J'ai eu une petite réticence à y aller. Un petit peu de misère à y aller, la journée qu'on a... dû rencontrer la femme de la DPJ. Mais... (j'y suis allée)» (M17t1p20)

Pour des mères consommatrices et leur partenaire, les intervenants doivent considérer la façon dont ces parents ont vécus la relation d'aide auparavant et comment ils désirent être approchés cette fois. Ils souhaitent que des intervenants apprennent à les connaître pour mieux les comprendre.

« Tu sais, des fois c'est fatigant parce qu'un moment donné moi tu sais je me bats pour essayer de m'en sortir. Je viens de loin. Pis je pense qu'ils (les intervenants) réalisent pas d'où est-ce que je peux venir, d'aussi bas que j'ai pu aller, qu'un moment donné lâche-moi là, regarde là... tu me connais pas. » (M14t2p10)

¹⁰ Le projet *Main dans la main* offre des interventions conjointes entre une intervenante employée d'un centre hospitalier de la région de Montréal et une intervenante du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Bref, ils leur reprochent de ne s'intéresser qu'à leurs difficultés actuelles et à ce qu'ils devraient encore faire pour devenir des parents convenables.

3.4.2 Consommation maternelle de substances

D'abord, les mères consommatrices et leur partenaire ont fait savoir que dans les moments qui entourent la naissance, la consommation de substances psychoactives n'est généralement pas le motif principal pour rencontrer des intervenants médicaux et psychosociaux.

Dès l'annonce de la grossesse, les femmes consommatrices envisagent déjà d'arrêter de consommer des substances.

«Ben c'est sûr que le fait que j'étais sur (méthadone) ça m'inquiétait, là. Mais ça n'a jamais remis en question la décision de le garder. Pour moi j'allais arrêter comme bien avant (d'accoucher).» (M1t1p3)

Au cours de la grossesse, la majorité des mères consommatrices a déclaré avoir fait des efforts pour diminuer ou cesser la consommation de substances. Plusieurs mères ont dit ne pas souhaiter bénéficier de services spécialisés pour les problèmes de consommation même si la majorité d'entre elles vivaient en milieu urbain, là où les ressources sont le plus accessibles. Elles pensent être capables de s'en sortir seules à force de motivation et grâce à leurs expériences antérieures.

«Puis j'ai dit : « Ah, je suis pas capable de partir sans... tu sais, pis d'être enceinte là-bas, dans une détox, je va capoter. Je le sais que je suis capable d'arrêter là là. » Tu sais. Il y a pas de sevrage physique à la coke là. Pis j'ai

arrêté de même. Tu sais parce que dans le fond j'ai déjà fait des thérapies, des détox, tu sais, je savais ce que c'était.» (M6t1p10)

La plupart des mères se sont rendu compte que c'était plus difficile qu'elles ne l'avaient imaginé. Quand elles ont eu besoin d'aide, elles ont davantage compté sur leur conjoint¹¹, qu'il soit lui-même consommateur ou non, plutôt que sur les intervenants.

«Ce qui m'aidait le plus c'est... mon chum qui m'épaulait. Pis que il était là avec moi, pis que il voulait pas que je rechute.» (M18t1p8)

Il faut tout de même souligner que les conjoints des mères consommatrices s'avèrent presque tous avoir des propos qui laissent percevoir qu'ils pourraient avoir ou avoir eu des problèmes de consommation.

«Durant la grossesse, je faisais juste boire de la bière, j'étais un soûlon, je buvais beaucoup, à tous les soirs.» (P5t1p3)

«Ils m'ont mis sur un programme (...) de méthadone.» (P13t1p4)

Lorsque l'aide de leur partenaire ne suffit plus, les mères envisagent demander le soutien d'intervenants même si elles doutent parfois que leur mode de vie soit bien compris.

«Il y a beaucoup d'intervenants, il y en a peut-être qui comprennent moins aussi qu'est-ce que c'est la toxicomanie.» (M15t1p29)

¹¹ Pour plus d'information concernant le profil de consommation des mères et les stratégies de soutien de leur partenaire, vous pouvez consulter : Morissette, P., Devault, A., et Bourque, S. (2009). La paternité dans un contexte de consommation maternelle abusive d'alcool et de drogues. *Enfance, Familles et Génération*, 11

Comme elles ont déjà un suivi de grossesse, la plupart des mères utilisent ces rencontres pour en parler aux intervenants.

«Je voulais le dire combien de joints que je fumais. J'en fume cinq par jour. C'est ça, j'en fume cinq par jour. Là oups, une couple de temps après j'y retournais. Bon ben là, j'ai dit, je suis rendue à quatre par jour. Je suis rendue à trois, tu sais.» (M19t1p13)

Ce suivi semble offrir un contexte privilégié pour bâtir des rapports satisfaisants tout en menant parfois à des changements dans les habitudes de consommation des mères. Un père a expliqué qu'au cours de la grossesse, sa conjointe a utilisé le soutien d'intervenants de la santé pour l'aider à cesser de consommer des substances psychoactives et il a ajouté :

«On s'est informés (auprès du médecin) pour pas qu'il sorte tout croche là. Tant qu'à attendre neuf mois pis qu'il..., c'est aussi ben de faire de quoi pour ça. Elle a arrêté de consommer. Ça vaut la peine (d'en parler).» (P16t1p12)

Ce soutien semble leur avoir suffi pendant la grossesse puisque peu de mères ont rencontré des intervenants spécialisés en toxicomanie à l'exception de celles qui ont eu recours à un traitement à la méthadone. Parfois, c'est aussi quand elles sont confrontées à l'épreuve de la maternité qu'il leur devient plus difficile de gérer leur consommation.

«J'ai arrêté au début pis là un moment donné je me suis comme... fatiguée psychologiquement là. Fait que j'ai recommencé. Non, c'était pas vraiment ça, c'est plus que tu sais je me levais la nuit pis tu sais des... tu sais genre tu dors

deux heures. Fait que là en te réveillant, tu dis : « bon ben, je va faire un petit buzz là. Ça va... ça va mieux aller. » (M11t1p17)

Cette fois, certaines mères demandent ou acceptent l'aide d'intervenants spécialisés quand elles reprennent la consommation ou que cette consommation augmente après la naissance.

«Mais j'ai encore des rechutes. Il faut que je m'en occupe.» (M5t1p36)

«Là on a commencé à aller au (centre de réadaptation en dépendance). Sur une base volontaire là. Mais tu sais, on n'a pas arrêté de consommer. C'est pour commencer à penser à modérer.» (M15t2p16)

3.4.3 Peurs

Les peurs des mères consommatrices et de leur partenaire représentent un autre élément qui vient influencer leurs relations avec des intervenants, soit en suscitant leur intérêt à rencontrer des intervenants ou en les motivant à éviter les contacts.

La peur qui incite à demander de l'aide

Sans aucun doute, tous les futurs parents s'inquiètent et espèrent que leur enfant naisse en santé. Cependant, l'inquiétude habituelle que le nouveau-né soit affecté de certaines difficultés fait souvent place à des risques plus importants lorsque les futures mères consomment des substances psychoactives. Les parents sont souvent conscients que la consommation maternelle de substances peut entraîner plusieurs effets tératogènes sur leur poupon et s'en sentent responsables.

«Ah, oui, on s'est sentis coupables ! Honnêtement, la culpabilité qu'on peut avoir... écoutez, je ne sais pas comment expliquer ça, on se sentait tellement mal, mais pourquoi on n'a pas arrêté, je ne peux pas vous l'expliquer. Je ne sais pas, c'est-tu parce que c'était trop fort, on était-tu trop nonos ?» (P4t1p34)

Il est intéressant de constater que les pères et les mères consommatrices expriment vivre les mêmes peurs liées aux effets de la consommation maternelle sur le poupon. Plusieurs mentionnent avoir peur de constater à la naissance que le poupon ait un handicap physique ou intellectuel (une trisomie), ou encore ont peur qu'il vive un sevrage néonatal. Aussi, il semble que ces peurs persistent dans le temps pour certains parents qui craignent que la consommation maternelle prénatale puisse générer des effets sur le développement de leur enfant, tel que des troubles d'hyperactivité et des problèmes d'apprentissage. Comment alors parler de sa consommation avec des intervenants sans vivre davantage de peur et de culpabilité?

Pour être en mesure d'aller chercher certaines de ces informations, ils vont d'abord vers leurs proches. Néanmoins, pour se rassurer, ils ont presque tous cherché à les confirmer par après avec des intervenants de la santé, tel qu'en témoigne cette mère :

«L'avis d'un expert, ça peut être différent de quelqu'un qui est dans la même affaire que moi, tu sais.» (M2t2p15)

Cette peur des effets néfastes de la consommation maternelle pour le poupon pousse la majorité des parents à parler de la consommation maternelle avec un médecin qui semble considéré comme une source d'informations incontournable. Même si la peur semble généralement suffisante pour les inciter à entrer en relation avec des

intervenants, il est parfois soulageant pour certaines mères que des intervenants les invitent à en discuter.

«Je n'avais rien dit de ça. Et moi je dis que c'est une ange, une infirmière est passée et m'a dit des mots qui m'ont fait réfléchir et me dire : «Regarde, ma belle, tu n'as pas le choix. Il faut que tu le dises.» Et ça m'a aidée. Ça m'a tellement aidée parce qu'à partir de ce moment-là, c'est là que j'ai décidé que c'était terminé (la consommation).» (M14t1p14)

Les peurs qui font obstacles aux relations et aux demandes d'aide

Il est aussi possible que des pères et des mères consommatrices aient des peurs qui les amènent à limiter leurs demandes d'aide ou à décliner l'aide proposée par des intervenants. Une mère a discuté la peur du jugement des intervenants en raison de leur manque de connaissances entourant la consommation abusive:

«Ils te portent un regard parce qu'ils connaissent pas ça. Et j'ai pas envie de m'expliquer, j'ai pas envie, pas en ce moment là. J'ai pas le goût.» (M1t1p17)

Donc, à certains moments, des parents préfèrent se soustraire aux services afin d'éviter de s'exposer aux jugements possibles des intervenants. De plus, la peur de ne pas être pris au sérieux les incite aussi parfois à une plus grande méfiance dans leurs relations avec des intervenants.

«Je lui ai dit : « Écoutez...Si vous pensez qu'on vous conte des menteries et qu'on n'est pas sincères, vous rentrerez du personnel pour nous aider.»» (P4t1p28).

Parce qu'ils vivent dans un contexte de consommation maternelle, certains parents semblent avoir peur que des intervenants les considèrent moins aptes à comprendre des notions complexes et à prendre les décisions adéquates pour le bien de leur poupon.

«Tu sais, t'es peut-être T.S. là, mais moi tu sais j'en... j'en ai vu des affaires aussi dans ma vie là. Je suis capable de, d'avoir un raisonnement aussi.»
(P11T1p25).

«Ils ont vu que j'étais, que c'est pas parce que j'étais sur méthadone que j'étais nécessairement, que j'avais pas de culture, que j'avais pas d'intelligence et que j'étais vraiment une droguée à fond là.» (M1t1p19)

Autrement dit, ces mères consommatrices et leur partenaire ne veulent pas que les intervenants les voient uniquement comme des consommateurs. Pratiquement tous les parents interviewés expriment avoir une grande confiance envers leur capacité d'être de bons parents, mais ont surtout peur d'être considérés comme de « *mauvais parents* » aux yeux d'intervenants. Cette peur d'être perçu comme un mauvais parent les amène à être très attentifs aux attitudes et aux jugements des intervenants.

« Moi j'ai fait promettre que (l'information sur la consommation parentale) ça ne sorte pas de là parce que je ne voulais pas me faire passer pour un mauvais père, je me suis toujours bien occupé de mes enfants.» (P4t1p24)

«Je suis du genre là des fois je vais me sentir comme si on me juge tout le temps là, constamment.» (P12t1p22)

Par ailleurs, parfois le juge le plus critique est soi-même. Bien qu'une seule mère consommatrice ait parlé de sa propre peur d'être un «mauvais parent», on peut penser que d'autres mères consommatrices et d'autres pères partagent cette peur qui peut influencer le désir de vivre ou non la relation d'aide avec des intervenants. Cette mère dit :

« Qu'est-ce qui me nuit, c'est tu sais, on, on, on a peur d'être des mauvais parents. On a peur d'être pas à la hauteur d'un enfant. » (M20t1p55)

De plus, certains parents conçoivent que les autres difficultés qu'ils vivent peuvent aussi être comprises par des intervenants comme un risque potentiel pour le nouveau-né, ce qui mènerait possiblement des intervenants à *«imposer»* leur présence dans l'intérêt de l'enfant. Des mères consommatrices et leur partenaire ont discuté leur peur d'être envahis.

« Ah, j'aime pas ça des étrangers qui viennent chez nous s'occuper de... de nos affaires, de notre bébé. C'est comme si on n'est pas capables de s'en occuper. Pis on est capables de s'organiser. » (M9t2p8)

En retour, ces parents tendent à se mettre beaucoup de pression pour démontrer leurs compétences aux intervenants qu'ils rencontrent. Un père témoigne de son inquiétude et de cette pression qu'il se donne :

« Elle (l'intervenante) voulait m'envoyer du monde voir là comment que je, comment qu'on vivait pis tout ça là, fait que ça m'inquiétait au bout parce que je, je fais mon possible, tu sais. Je suis vraiment... dans ma démarche là je suis, je suis au bout là. » (P11t1p24)

S'ils ont peur d'être envahis par divers intervenants, ils ont particulièrement peur de l'intervention des services de protection de la jeunesse, et par extension, peur qu'on «leur ôte» leur poupon, de le «perdre» et de «se le faire enlever» ou «arracher». En général, les mères consommatrices et leur partenaire croient que le simple fait que la mère ait consommé pendant sa grossesse, et ce, même si cela relève d'un traitement de substitution à la méthadone, soit une raison suffisante pour que des intervenants jugent nécessaire de mettre en place des mesures d'intervention contraignantes.

«Là j'avais peur que s'ils trouvent des traces (de cannabis dans l'urine du bébé) qu'ils appellent la DPJ pis qu'ils nous enlèvent notre enfant parce que (la mère) avait consommé.» (P19t1p38)

Ceci laisse percevoir que pour beaucoup de parents le fonctionnement des services de protection est encore méconnu. Leurs peurs peuvent être maintenues ou intensifiées, et parfois utilisées aux fins d'intervenants d'autres milieux qui peuvent leur indiquer qu'ils ont le pouvoir d'interpeller les services de protection s'ils refusent de collaborer avec eux.

«On s'est fait dire que c'était pu notre enfant parce qu'il était rentré par ambulance, c'était leur patient. Donc que si on voulait faire... si on voulait pas lui donner un médicament ou quoi que ce soit, ils nous mettaient la DPJ après.» (M15t2p2)

Les perceptions souvent erronées que se font les parents des rôles et des mandats de la protection de la jeunesse ont certainement une incidence sur leur façon d'accueillir les relations avec des intervenants. Certaines situations ont fait l'objet d'un signalement à la naissance et ces parents se disent prêts «à se battre pour leur enfant»,

ce qui témoigne de leurs perceptions d'une éventuelle confrontation avec ces intervenants.

3.4.4 Santé du poupon

Les problèmes de santé du poupon représentent un autre élément qui influence la façon dont les mères consommatrices et leur partenaire vivent leurs rapports avec les intervenants médicaux et psychosociaux.

Si des mères consommatrices et leur partenaire se sentent responsables d'avoir exposé le fœtus à des substances, tel qu'il a déjà été dit, ils se sentent encore plus coupables quand leur poupon a des problèmes de santé à la naissance.

«Je me disais : « pauvre petite, elle souffre par ma faute là dans le fond.»

(M9t1p20)

Ces situations font vivre à ces parents des stress importants qui peuvent affecter leurs relations avec des intervenants. Pour eux, les premiers moments avec le bébé semblent être plus bouleversants et épuisants que pour d'autres parents. Plusieurs poupons sont demeurés en milieu hospitalier pour une durée plus longue que la normale afin d'évaluer leurs risques de sevrage néonatal et quelques-uns d'entre eux en ont effectivement montré des symptômes. D'autres poupons ont eu des problèmes respiratoires et un est né avec des malformations. Ces situations imposent aux parents des stress importants qui peuvent nuire à leurs relations avec des intervenants. Ces mères consommatrices et leur partenaire dépendent des intervenants pour se faire rassurer et ils désirent que ces derniers comprennent les émotions que ça leur fait vivre.

«Des fois t'as des inquiétudes, tu demandes « C'es-tu normal, ça? », et la moindre petite affaire, on était tout le temps sûrs que c'était un symptôme de sevrage, tu sais?» (M2t1p20)

«C'est juste comme je te dis, d'être, mais des fois d'être, peut-être ce serait plus... tu sais, aidants. Je sais pas comment le dire là, conciliants là, tu sais, qu'ils comprennent que des fois oui, on file pas.» (M14t1p28)

Les parents se sentent parfois démunis quand ils sont témoins de la souffrance de leur poupon et d'aucun peuvent se sentir abandonnés lorsque les intervenants médicaux ne sont plus à leurs côtés pour les accompagner.

«Parce que tu sais, c'est pas évident là de voir ton enfant sur la, sur la morphine là. Tu le vois qui... tu le vois qu'il en arrache, il a mal. (...) Fait que la première fois on a trouvé ça ben heavy là, tu sais de voir comment que c'était pis... ah, c'était pas évident. Pis aussi de partir de l'hôpital. Tu sais tu viens d'accoucher, tu sors de l'hôpital, t'as pas d'aide... c'était, c'était pas tripant là.» (M13t1p25)

3.4.5 Difficultés et besoin d'aide

Un autre élément qui a retenu l'attention a trait à la reconnaissance que les parents ont de leurs difficultés et de leur besoin d'aide. Autrement dit, pour accepter le soutien et vouloir entrer en relation avec des intervenants, il est nécessaire que les mères consommatrices et leur partenaire reconnaissent leurs difficultés, comme le dit ce père :

«Mais ma blonde elle a des, a des up/down pis des, même à jeun là. Des fois c'est pas facile. Moi, je pense qu'(elle a un problème de santé mentale). Sa mère aussi. Pas mal tout le monde à part elle là. Elle y a été (en psychiatrie). Elle a...

elle avait comme pas accepté là, elle a refusé. Elle est partie. C'est son choix aussi là.» (P20t1p25)

De plus, pour qu'ils acceptent d'entrer en relation avec des intervenants, il est nécessaire que ces mères et ces pères se sentent en besoin d'aide. Un père affirme que même s'il reconnaissait ses difficultés, il lui a fallu épuiser ses ressources personnelles avant de se sentir assez en besoin pour demander de l'aide des intervenants :

«Pis un moment donné... J'ai dû aller consulter pour ça, pis tout parce que j'étais pu capable (par moi-même).» (P14t1p14)

À partir du moment où ils reconnaissent qu'ils ont des difficultés et qu'ils se sentent en besoin d'aide, il leur faut encore se sentir capables d'en parler aux intervenants pour recevoir du soutien. Quelques parents, comme ce père, informent que leur principal défi a été de parler de ses difficultés à des intervenants et de devoir piler sur leur orgueil pour accepter de l'aide.

«Je ne peux pas vous expliquer ce qui s'est passé, mais le fait qu'on a impliqué du monde qu'on n'aurait pas nécessairement impliqué normalement, qui nous ont aussi poussé dans les fesses pour nous dire qu'on n'a pas le choix. (...) Hé, t'en pleures une shot quand tu rentres le travail social, les services sociaux là-dedans! C'est l'orgueil qui en prend un coup, là. T'as jamais eu besoin de personne et là tu t'en vas dire ta vie à quelqu'un que tu ne connais pas! C'est pas évident pour un père. Je ne peux pas vous dire pour la mère, mais moi, mon orgueil en a pris un coup. Parler de ma vie privée et dire comment j'étais vraiment! Écoute, j'ai été malheureux de dire ça comme ça, mais en même temps

j'étais soulagé. C'est comme si on venait de m'enlever 650 livres sur le dos !

C'est incroyable!» (P4t1p54)

3.4.6 Motifs pour être en relation avec des intervenants

Les mères consommatrices et leur partenaire ont exprimé différentes raisons pour lesquelles ils ont accepté de vivre des relations avec des intervenants.

Plusieurs ont, entre autres, parlé de leur intérêt à obtenir des suivis médicaux et psychosociaux pour témoigner de leurs efforts et de leurs succès afin de maintenir leur motivation.

«Je me dis si j'ai une travailleuse sociale, ça me donnait plus le goût de faire attention. Mais quand j'ai pas besoin d'elle, je lui donne des nouvelles. Elle me demande si j'ai pas consommé, et tout ça. Mais moi, elle m'encourageait à ne pas consommer.» (M7t1p16)

D'autres mères veulent pouvoir parler de leur consommation à des intervenants quand elles ne se sentent pas à l'aise d'en discuter avec leur entourage.

«(Quand j'avais des «cravings»), j'en parlais (au père) un petit peu, mais lui il vient qu'il a peur. Fait que j'aimais mieux en parler avec ma travailleuse sociale (du CLSC) Tu sais, je lui disais un petit peu là, mais pas plus que ça pour pas l'énerver.» (M14t1p15)

Parfois, certaines mères consommatrices et leur partenaire confient qu'ils veulent prouver aux intervenants qu'ils ont les compétences nécessaires pour être parents dans le but d'éviter un signalement aux services de protection de la jeunesse.

« Mais elle avait sa travailleuse socaile à qui qu'elle parlait (au CLSC). Pis elle est ben fine, elle vient à la maison, pis on va la voir, tout ça... Pis non, elle, elle a vraiment, non, mais vraiment tout fait pour... Pour se, s'éviter tout ça, tu sais... (un signalement). » (P14t1p24)

« Et moi, j'espérais de lui prouver (à l'intervenante). Parce que moi, en quelque part, c'était ça. J'avais peur qu'on... (...) moi je n'avais pas envie que quelqu'un dise que je ne m'en m'occupe pas. » (P4t1p29)

Des propos de mères consommatrices et de leur partenaire informent aussi que la plupart n'aiment pas qu'on leur dise comment jouer leur rôle parental parce que cela remet en question leur autonomie.

« Ils ont vu que mon bébé j'en prenais soin plein, que je savais comment faire avec, j'étais pas une impotente. » (M1t1p26)

Par contre, plusieurs acceptent des suggestions et tirent profit des relations avec les intervenants qui les amènent à être de meilleurs parents.

« Oui, c'est ça tu sais, ils donnent des services pis tout pour checker dans le fond là, voir si tout va bien. Parce que tu sais, on s'entend-tu qu'on est nouveaux parents là comme n'importe qui. Pis il y en a qui ont pas tout le temps eu des bons parents. Par exemple, prends moi. Fait qu'eux autres (les intervenants) checkent tout. Pis dans le fond je trouve ça super bon parce qu'il y a du monde qui savent pas, qui sont pas sûrs. » (P16t2p34)

3.5 Éléments relevant des contextes d'intervention qui influencent les relations

Les récits des mères consommatrices et de leur partenaire permettent d'identifier certains éléments des contextes d'intervention qui ont teinté leurs expériences relationnelles avec des intervenants. Les mères consommatrices et leur partenaire informent que parfois les relations avec des intervenants se heurte à certaines pratiques des milieux d'intervention, alors que d'autres prétendent, au contraire, que de telles pratiques donnent le ton à la relation d'aide.

3.5.1 Pertinence de l'aide offerte selon les besoins des parents

La pertinence de l'aide qui est offerte aux parents est un premier élément des contextes d'interventions qui influence les relations entre les mères consommatrices, leur partenaire et des intervenants.

Même si certains intervenants évaluent que les mères consommatrices et leur partenaire pourraient profiter de certaines interventions, la majorité des parents interrogés a précisé qu'ils veulent que l'aide offerte puisse répondre à ce qu'ils demandent, tel que le dit cette mère consommatrice :

«Moi... check, tant que j'ai ce que je veux ou, tu sais, ce que je demande, je suis ben correcte.» (M16t1p26)

L'aide que ces parents demandent représente pour eux l'aide qu'ils croient avoir besoin :

«Moi je voulais qu'elle m'appelle à toutes les semaines pour voir. Parce que moi en même temps, j'avais besoin de le dire à quelqu'un que j'avais arrêté (de

consommer). Et comme moi, il n'y a personne qui le savait vraiment dans ma famille. Je ne peux pas dire haut et fort, « Yes, sir! J'ai arrêté!...» (M4t1p21)

De plus, lorsqu'ils voient la pertinence des services, les mères consommatrices et leur partenaire tendent à profiter davantage de l'aide offerte.

«Oui, c'est des affaires que des fois... ça peut nous apporter réflexion pis travailler mieux (sur nous-mêmes) parce que, une vie, dans le fond c'est un travail de toute une vie là, c'est... Fait que si je peux me poigner des parcelles (d'information) pis m'améliorer...» (P17t1p41)

Pour quelques parents, il leur semblait plus facile de voir la pertinence de l'aide et d'entrer en relation avec des intervenants lorsqu'ils obtenaient un bénéfice concret. Par exemple, des soins de santé, des coupons pour obtenir gratuitement du lait, des œufs et des oranges, ou encore, des accompagnements dans des démarches. C'est d'ailleurs ce qui souvent initie une demande d'aide concrète satisfaisante pour plusieurs parents.

«J'ai appelé au CLSC ici, la madame elle m'a dit : « Ok, viens-t'en je vais te le prêter (le tire-lait).» (...) Pis finalement, là l'infirmière du CLSC ici j'ai expliqué que j'avais un peu des problèmes pour allaiter. Le lendemain, elle est venue me voir tout de suite. (...) Pis là elle m'a donné des feuilles. Là elle m'a dit : « Montre-moi comment t'allaites.» Là je lui ai montré. Pis là elle m'a donné des trucs. Pis ils sont venus comme quatre, cinq fois de suite pour voir l'allaitement comment ça allait, pour peser la petite. Pis là ils m'ont dit : « Ben regarde, ça a l'air de bien aller.» (...) J'ai été super soutenue là pour ça. » (M9t1p31)

Ceci nous amène à faire un constat. Plus les parents développent leur relation avec certains intervenants, plus ils les perçoivent comme des personnes qui, en plus d'un soutien concret, peuvent leur offrir un soutien affectif. Les parents parlent alors des intervenants comme étant « *des amis* », « *des chums* », « *des anges* » ou « *des mamans* ».

Bien qu'ils ont souvent accès aux mêmes ressources que des parents qui ne consomment pas, les parents vivant en contexte de consommation maternelle peuvent percevoir que ces services sont moins pertinents pour eux et cela peut atténuer leur envie de vivre des relations avec les intervenants de ces services. Les mères consommatrices et leur partenaire disent qu'ils se sentent différents des autres parents ce qui leur cause parfois des malaises à s'associer à eux.

«Parce que là on n'était pas dans une classe là, on était dans une classe à part nous autres. Parce que c'est, faut que tu t'inscrives pis t'es avec d'autres personnes. Sauf que nous on était un jeune couple avec des problèmes de consommation.» (P20t1p48)

Aussi, dans leur milieu, tout le monde se connaît et, dans certains cas une telle proximité gêne la participation. Les services ne sont pas pensés en fonction de ce que les parents consommateurs vivent lorsqu'ils se connaissent et se reconnaissent à travers les services.

«J'ai été au premier cours. Quand je suis arrivée là, mon ex il était là avec sa maîtresse, ben la fille avec qui qu'il couchait (quand il sortait) avec moi. Pis elle était enceinte. Fait que check, j'ai dit : «pft, moi je va pu là».» (M16t1p19)

3.5.2 Politiques et procédures

L'application des politiques et des procédures en vigueur dans les milieux d'interventions revient surtout aux intervenants, ce qui peut encore être considéré comme un élément qui influence leurs relations avec des mères consommatrices et leur partenaire.

À cet égard, certains parents prétendent que de suivre des instructions à la lettre ou d'être «*by the book*» ne permet pas d'être à l'écoute des familles qui ont parfois des besoins particuliers.

«C'est con, on ne peut même pas demander un 3h, 4h de sommeil parce que le protocole dit que tant qu'on est là, il faut s'occuper de notre fille. Ils aiment mieux qu'on s'en aille 10 heures à la maison pour dormir (plutôt) qu'on dorme 1 heure ou 2 heures dans le lit (d'hôpital) et qu'on prenne un break.» (M5t1p31)

D'autres parents amènent l'idée qu'ils apprécient que des privilèges leur soient accordés en raison de ces politiques et ces procédures.

«Ils ont changé ben des affaires au protocole là, tu sais comme les... les mamans méthadone ont privilège sur la chambre, même s'il y a d'autres mamans qui sont là pis qui allaitent.» (M13t1p24)

Ajoutons que certaines mères consommatrices et leur partenaire semblent méconnaître les politiques et procédures de certains milieux. Cette méconnaissance des attentes à leur égard et des fonctionnements d'un milieu d'intervention peut les surprendre. Par exemple, plusieurs parents ne semblent pas savoir que lorsque des traces d'une substance sont décelées dans l'urine d'un nouveau-né, le médecin fait une

référence à un travailleur social du milieu hospitalier qui rencontre la famille. Se sentir forcé de rencontrer un intervenant peut amener ces parents à vivre une réticence à entrer en relation.

«(Le contact avec le service social), ça s'est fait automatiquement. Au début, j'étais pas trop sûre. C'est en néonatalogie avec le petit qu'on nous a dit qu'il y avait une travailleuse sociale qui nous verrait. Fait que là j'étais pas trop sûre parce que je voulais... quand je suis rentrée ici je leur ai dit que j'avais fait des amphétamines. Pis vu qu'aux autres grossesses j'ai jamais consommé, je savais pas trop comment que c'était leur politique de consommation et grossesse.»
(M15t1p26)

3.5.3 Multitude de services

Les relations entre les mères consommatrices, leur partenaire et les intervenants peuvent également être influencées pas un autre élément qui a trait à la multitude de services que reçoivent ces parents. Des mères consommatrices et leur partenaire ont souligné deux facettes de ces expériences.

Une expérience parfois difficile

Devant la complexité de certaines situations familiales, des intervenants peuvent parfois être portés à faire plusieurs références à des services qui ont le potentiel de répondre à différents besoins de ces parents ou de leur poupon. Bien que l'intention de ces intervenants soit bonne, rappelons que, généralement, chaque référence à un nouveau service entraîne la rencontre d'un nouvel intervenant qui tente lui aussi d'établir une relation de confiance avec les parents.

«Il y avait beaucoup de monde, mettons du monde comme vous autres qui font des études, mais j'avais aussi mettons une (intervenante) du CLSC qui venait me voir, la travailleuse sociale (de l'hôpital), mettons (l'intervenante) du CRAN¹². Fait que tu sais, ça faisait ben du monde.» (M2t1p13)

Plusieurs parents soulignent leur ennui d'avoir à se répéter à chaque fois qu'ils rencontrent un nouvel intervenant.

«Fait que tu sais, il fallait toujours se répéter du début, à chaque fois qu'on rencontrait quelqu'un de nouveau. Fait que je trouvais ça... je trouvais ça plate.» (P9t1p40)

«Parce que tsé j'ai fait le centre d'accueil, j'ai fait de la prison, j'ai fait... Me semble mon histoire il faut que je la conte souvent, oui.» (P8t1p25)

Ainsi, certains intervenants offrent peut-être trop de ressources aux familles vivant en contexte de consommation maternelle. Comme nous l'avons souligné précédemment, plusieurs mères consommatrices et leur partenaire disent avoir peur de se sentir envahis par l'implication d'intervenants ce qui, malheureusement, parfois se concrétise.

«Je pense ça nous stresse beaucoup ça parce que depuis qu'on a la petite, on est tout le temps là... bombardés de, de plein de gens pis de, de... C'est vraiment stressant là.» (P20t1p35)

Lorsqu'ils vivent simultanément plusieurs relations avec des intervenants, les parents peuvent se sentir «épuisés» ou «fatigués» :

¹² CRAN: Centre de recherche et d'aide pour narcomanes.

«Fait que c'est sûr, c'est épuisant pis tout, ben des fois. Il y a des journées que ça roule là tu sais, les rendez-vous, lui qui «feel» pas. C'est ça pis tu sais... DPJ ou bien donc CLSC ou tu sais. (Le centre de réadaptation en dépendance) ou... les A.A. ou tu sais.» (P17t1p27)

Ces mères consommatrices et leur partenaire qui sentent que des intervenants les pressent pourraient devenir réfractaires à l'intervention.

Une expérience appréciée

À l'inverse, quelques parents ont dit se sentir «encadrés» et «rassurés» que plusieurs intervenants de différents services soient impliqués auprès d'eux.

«On va chercher les réponses. Pis là on est quand même bien encadrés, fait qu'on sait où aller chercher les réponses pis tout là. (...) Parce que justement, on voulait avoir le maximum de ressources, savoir où se tourner s'il y avait un problème.» (P17t2p4)

3.5.4 Continuité des relations

Dans plusieurs milieux d'interventions, il est attendu des intervenants qu'ils fassent des interventions brèves parfois dans un nombre prescrit de rencontres à l'intérieur desquelles les objectifs d'intervention doivent être atteints. Cela contraint les mères consommatrices et leur partenaire tout autant que les intervenants à vivre de courtes relations.

C'est pourquoi certains parents se disent reconnaissants d'avoir la possibilité de vivre des relations continues avec des intervenants en qui ils ont confiance.

«C'est probablement différent parce que, tu sais, je la connaissais avant. (...) Tu sais, (l'intervenante) je l'adore là, c'est quasiment une chum, tu sais. Fait que tu sais, j'avais entièrement confiance.» (M13t1p27)

Plusieurs parents ont aussi exprimé que les relations sont favorisées quand les intervenants continuent à « *prendre soin* » d'eux après avoir reçu l'aide initiale.

« Ben on a demandé (aux intervenants) à la DPJ s'ils pouvaient rester dans le dossier pour nous aider. (Ils ont été) surpris. C'est assez rare il paraît, que du monde va appeler pour leur demander de rester.» (M15t2p13).

Cela satisfait et rassure des mères consommatrices et leur partenaire que les intervenants qu'ils connaissent restent disponibles au cas où ils en ressentiraient le besoin.

«Ben j'ai pas... Depuis que j'ai accouché, je l'ai pas reparlé (l'intervenante). Mais je le savais, tu sais, j'aurais juste à les appeler là. Parce qu'on avait vraiment une bonne relation. Surtout avec (la travailleuse sociale) là. Ben j'ai mon médecin aussi (...) fait que je le sais que, tu sais, j'ai juste à faire une couple de téléphones pis... tu sais, je sais qu'il y a pas de problème là. (Je me) sens sécurisée à ce niveau-là.» (M13t1p28)

Seulement, quand le suivi n'est pas disponible, cela crée un inconfort.

«Mais tu sais depuis qu'elle a accouché, on est allés deux fois pour les vaccins, mais tu sais, pas de suivi rien, pas rien. Mais tu sais, pédiatre là pis tout là. Mais à part de ça, il y a personne (pour la mère)... non.» (P16t2p33)

«Ben moi j'ai pu de suivi avec personne.» (M6t1p26)

3.6 Synthèse des résultats

Nous vous présentons ce tableau synthèse (Tableau II) qui reprend les principaux résultats afin d'avoir, en un coup d'œil, un aperçu des perceptions des mères consommatrices et de leur partenaire des éléments qui influencent leurs relations avec des intervenants.

Tableau II : Synthèse des perspectives des mères consommatrices et de leur partenaire sur les éléments qui favorisent et nuisent à leurs relations avec des intervenants dans les moments qui entourent la naissance de leur enfant.

	Éléments qui favorisent les relations entre les mères consommatrices, leur partenaire et des intervenants.	Éléments qui nuisent aux relations entre les mères consommatrices, leur partenaire et des intervenants.
Éléments qui relèvent des intervenants	<p><u>Des intervenants...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • qui ont de bonnes connaissances sur les enjeux qui touchent la consommation parentale. • qui partagent leurs connaissances avec les parents et sont capables d’aller chercher l’information juste, au besoin. • qui s’expriment de façon compréhensible et prennent le temps d’expliquer. • qui ont une capacité d’écoute, sont attentifs et veulent comprendre les parents. • qui semblent savoir quoi faire. • qui ont des attitudes qui transmettent qu’ils sont abordables, accueillants, humbles, compréhensifs, qu’ils se soucient et apprécient les parents, qu’ils les respectent et les encouragent. 	<p><u>Des intervenants...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • qui manquent de connaissances sur les enjeux spécifiques à la consommation parentale. • qui croient tout savoir et se positionnent en experts. • qui donnent des explications incompréhensibles et ne s’accordent pas le temps de le faire. • qui ne sont pas à l’écoute des parents et de leurs besoins. • qui ne mettent pas à profit les compétences et les connaissances des parents dans l’intervention. • qui ont des attitudes qui transmettent qu’ils sont arrogants, indifférents, brusques, ou qu’ils manquent d’entregent et de respect.
Éléments qui relèvent des rôles des intervenants	<p><u>Des intervenants...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • qui ont une approche positive quand ils questionnent les parents sur la consommation maternelle. • qui donnent de l’information qui rassure les parents et répondent à leurs questions. • qui impliquent les parents qui veulent être partenaires dans l’intervention. • qui invitent les pères à prendre part à l’intervention. • qui négocient avec les parents. • qui ciblent des objectifs qui correspondent à ce que les parents veulent faire et se sentent capable d’accomplir. • qui ont des relations d’aide en contexte d’autorité qui sont une motivation à atteindre des objectifs, sont une aide pour répondre aux besoins ponctuels et visent à démontrer les compétences parentales. 	<p><u>Des intervenants...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • qui manquent parfois de transparence quand ils font un test de dépistage urinaire sur le poupon. • qui ne s’intéressent pas à la consommation du père avant de décider de faire ou non un signalement à la DPJ. • qui manquent parfois de discrétion ou brisent la confidentialité en parlant de la consommation maternelle. • qui observent et surveillent ces parents plus que les autres. • qui donnent des informations contradictoires. • qui font des interventions qui excluent, ignorent, ou rejettent des parents. • qui ont des relations d’autorité qui font vivre des tensions et du stress ou qui ont un agenda caché visant à démontrer l’incompétence des parents.

Éléments qui relèvent des parents	<p><u>Des mères consommatrices et leur partenaire...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • qui ont des expériences antérieures positives avec d'autres intervenants. • qui connaissent ou reconnaissent les intervenants. • qui veulent que leurs compétences de parents soient reconnues • qui veulent que les intervenants considèrent leur cheminement • qui ont peur des effets de la consommation sur le poupon et veulent des interventions adaptées. • qui vivent de fortes émotions et se sentent démunis face à la souffrance de leur poupon – veulent du soutien. • qui reconnaissent leurs difficultés, leur besoin d'aide et qui acceptent d'en parler aux intervenants. • qui veulent témoigner de leurs efforts et de leurs succès. • qui veulent parler à une personne qui n'est pas impliquée émotionnellement. • qui veulent prouver leurs compétences parentales. 	<p><u>Des mères consommatrices et leur partenaire...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • qui ont des expériences antérieures négatives avec d'autres intervenants. • qui veulent cesser la consommation seuls ou en couple. • qui se sentent coupables des risques associés à la consommation maternelle. • qui ont peur du jugement : de pas être pris au sérieux, d'être considéré moins apte à décider pour leur enfant, d'être perçus comme de «mauvais parents», d'être de «mauvais parents». • qui ont peur d'être envahis et de se faire retirer la garde du poupon. • qui ne reconnaissent pas leurs difficultés, se sentent capables de les surmonter seuls et/ou qui n'acceptent pas d'en parler. • qui n'apprécient pas qu'on leur dise quoi faire et comment jouer leur rôle de parents.
Éléments qui relèvent des contextes d'intervention	<p><u>Des contextes d'intervention caractérisés par...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • de l'aide qui correspond aux demandes des parents. • des services pertinents parce que l'aide est concrète, et les relations qui se bâtissent permettent un soutien affectif. • des privilèges qui sont accordés à ces parents. • plusieurs services simultanés et complémentaires qui rassurent et encadrent ces parents. • des relations d'aide continues et prolongées quand une relation de confiance est établie. • des interventions qui peuvent se poursuivre après que les objectifs initiaux sont atteints – maintien des acquis. • des intervenants qui restent disponibles à ces parents en cas de besoins. • des politiques et des procédures flexibles qui s'ajustent aux besoins de ces parents. 	<p><u>Des contextes d'intervention caractérisés par...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • des services qui semblent non pertinents ou qui ne répondent pas à leurs demandes. • des services qui sont offerts à tous les parents car ils se sentent différents des autres. • des services qui ne sont pas anonymes pour les parents consommateurs qui se reconnaissent parmi les autres parents. • des politiques et des procédures suivies à la lettre qui dépersonnalisent les pratiques et ne permet pas d'être à l'écoute des besoins particuliers. • des parents qui méconnaissent le fonctionnement des milieux d'intervention. • plusieurs services simultanés, non complémentaires qui envahissent et épuisent les parents. • beaucoup d'interventions intrusives qui peuvent brimés l'intimité. • des rencontres avec plusieurs intervenants où les parents doivent se répéter souvent.

4. Discussion

Le discours des parents rencontrés a permis d'identifier plusieurs éléments qui influencent l'établissement d'une relation d'aide positive, ou à l'inverse, de rapports difficiles entre des mères consommatrices de substances psychoactives, leur partenaire et des intervenants médicaux et psychosociaux à la période périnatale. Or, nous concevons les perceptions de ces parents telles qu'un jeu de souque-à-la-corde où, pour chaque relation avec un intervenant, s'opposent des éléments qui favorisent et nuisent à la relation d'aide. Il nous semble que, malgré certains aspects qui nuisent à la relation, le cumul d'éléments qui favorisent la relation d'aide a tendance à influencer une perception positive des relations que vivent ces parents avec des intervenants et tend conséquemment à leur inspirer une vision positive de l'établissement qui offre ces services. De même, les parents qui perçoivent une majorité d'éléments qui nuisent à leurs relations avec des intervenants ont tendance à percevoir que la relation d'aide est difficile et jugent alors plus sévèrement les services qui leur ont été rendus dans le but de les aider. Ainsi, la relation d'aide se transforme au gré des éléments d'influence et se vit de façon différente pour chaque mère consommatrice de substances psychoactives et son partenaire.

Les principaux résultats de ce mémoire permettent une meilleure compréhension des enjeux liés aux relations entre des mères consommatrices, des pères et des intervenants, et font donc l'objet de cette discussion. D'abord, que les relations soient vécues de façon

généralement positive ou non, l'une des dimensions qui traversent le discours des parents est la méfiance réciproque qui s'installe dans leurs relations avec des intervenants. Il nous semble donc pertinent d'approfondir ce thème qui rejoint des éléments d'influence sur les relations relevant autant des parents, des intervenants et des rôles de ces derniers que du contexte d'intervention. Nous discutons d'abord la méfiance des mères consommatrices et de leur partenaire, puis celle que vivent des intervenants, afin d'être en mesure de discuter la dynamique de méfiance qui peut s'installer entre eux.

De plus, nous exposons quelques pistes d'intervention destinées aux différents milieux et aux intervenants qui entrent en contact avec des mères consommatrices et leur partenaire à la période périnatale. Nous terminons ce chapitre par la présentation des apports et des limites de ce mémoire, ainsi que des pistes de recherches pour le futur.

4.1 Méfiance réciproque

4.1.1 Méfiance des parents

S'expliquer la méfiance des mères consommatrices et de leur partenaire

Nos résultats montrent qu'avant même de rencontrer des intervenants dans les moments qui entourent la naissance de leur poupon, des mères consommatrices et leur partenaire anticipent des difficultés qui minent leur désir d'entrer en relation d'aide. Nourris par le souvenir d'expériences d'aide parfois pénibles qui continuent à les hanter et par les sentiments de honte et de culpabilité associés à la consommation maternelle au cours de la grossesse, des mères et leur partenaire ont peur de la façon dont ils seront traités par les intervenants. Comme d'autres auteurs l'ont souligné avant nous, plusieurs de ces

mères et de ces pères ont peur que la garde de leur poupon leur soit retirée par les services de protection de la jeunesse (Klee, Jackson et Lewis, 2002; Kroll et Taylor, 2010 Simmat-Durant, 2009). Ils craignent aussi d'être jugés par des intervenants, d'être perçus comme de « mauvais parents » potentiels (Klee, 2002a; Rhodes, Bernays et Houmoller, 2010; Simmat-Durand, 2009). Même si Rhodes et ses collègues (2010) ainsi que Kroll et Taylor (2010) affirment que les peurs des mères consommatrices et de leur partenaire font qu'ils ne souhaitent pas l'aide proposée par des intervenants, ces relations deviennent bien souvent incontournables dans les moments qui entourent la naissance. En effet, en dépit de leurs peurs, les mères consommatrices et leur partenaire de notre étude ont généralement affirmé être préoccupés par la santé et le bien-être de leur poupon, ce qui les incite à vivre au moins quelques contacts avec des intervenants pour assurer la sécurité du poupon et une prise en charge adéquate aux besoins. À l'occasion, cette aide leur est imposée par le système de protection de l'enfance. C'est donc avec un important sentiment de méfiance que ces parents engagent la relation d'aide avec des intervenants.

Trois pistes d'explications retiennent notre attention concernant la méfiance que vivent des mères consommatrices et de leur partenaire envers des intervenants.

La première piste d'explication concerne les rapports normatifs entre des mères consommatrices, leur partenaire et des intervenants, c'est-à-dire les rapports qui s'établissent entre eux selon qu'ils perçoivent les autres personnes comme correspondant ou non à ce qui est socialement acceptable. On peut croire que la relation d'aide avec des

intervenants qui risquent de les stigmatiser, peut inciter des mères consommatrices et leur partenaire une plus grande méfiance dans leurs rapports. Cette idée rejoint celle de Klee, Jackson et Lewis (2002) ainsi que celle de Phillips et ses collègues (2007) qui constatent que des mères consommatrices anticipent que la stigmatisation vécue dans d'autres relations revive à travers leurs relations avec des intervenants. De plus, l'analyse approfondie de vingt-huit articles scientifiques sur le sujet dans le cadre d'une revue systématique menée par van Boekel, et ses collègues (2013) porte à croire que les mères consommatrices et leur partenaire n'ont pas tort de rester méfiants. Ces auteurs affirment que les personnes consommatrices de substances psychoactives sont, encore de nos jours, souvent victimes d'attitudes stigmatisantes de la part d'intervenants, et plus particulièrement d'intervenants du milieu de la santé. En effet, ils rapportent des résultats d'études où des intervenants ont affirmé ne pas se sentir capables d'empathie envers des personnes consommatrices et même avoir peu de satisfaction à intervenir auprès d'eux. Dans la présente étude, la peur du jugement vécue par des mères consommatrices et de leur partenaire se vivait surtout dans l'anticipation de la rencontre, s'est parfois concrétisée pour certains parents qui ont perçu du jugement au moment des premières rencontres avec des intervenants. Dans ces situations, le sentiment de méfiance de ces parents envers d'autres intervenants a probablement été validé, ce qui dans un continuum de services, peut représenter un refus de vivre une relation d'aide subséquente.

Néanmoins, on remarque dans notre étude que la méfiance des mères consommatrices et de leur partenaire semble reposer essentiellement sur des expériences passées ou des

fausses croyances qui ont souvent été contredites à la rencontre d'un nouvel intervenant. De fait, nous sommes surpris de constater que selon nos résultats, la plupart du temps, les parents n'ont pas vécu de stigmatisation ou alors, n'en ont perçu que de la part de quelques intervenants, sans plus.

Une façon de l'expliquer est offerte par Klee, Jackson et Lewis (2002) qui suggèrent que les mères consommatrices qui ne rapportent pas de stigmatisation seraient celles qui répondraient davantage aux attentes des intervenants, par exemple en leur faisant des demandes d'aide et en suivant leurs recommandations. En ce sens, la sélection des participants à cette recherche peut avoir eu une influence puisque, rappelons-le, les parents rencontrés devaient avoir conservé la garde de leur poupon au moment de la naissance et donc, ils devaient avoir démontré des compétences parentales suffisantes pour répondre aux attentes des intervenants. Dans le même ordre d'idée, nos résultats suggèrent que les parents qui rapportent avoir vécu du jugement et conséquemment des relations plus difficiles avec des intervenants sont ceux qui nous semblent présenter plus de facteurs psychosociaux de vulnérabilité, par exemple, lorsque les deux parents ont une consommation de substances psychoactives, un faible réseau de soutien positif, des revenus insuffisants pour répondre à leurs besoins, etc. Ce sont aussi ceux qui semblent se méfier davantage de l'ascendance des intervenants sur leur rôle parental. Suivant cette logique, la façon dont se vit la relation d'aide dépendrait en partie de la méfiance des mères consommatrices et de leur partenaire envers la relation d'aide, leur accordant ainsi une part de responsabilité dans leur propre expérience relationnelle avec des intervenants.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que Morissette et Venne (2009) postulent que les intervenants ont souvent des attentes irréalistes envers les mères consommatrices, surtout lorsqu'ils s'attendent à ce qu'elles soient abstinentes de toute consommation. Il serait donc possible qu'une part de la méfiance des mères consommatrices et de leur partenaire résulte de leur peur d'être jugés injustement en fonction d'attentes irréalistes de certains intervenants. Cependant, dans la présente étude, les parents ont généralement indiqué qu'ils développent une plus grande confiance envers ceux qui s'investissent dans la relation d'aide, ceux qui apprennent à les connaître, ainsi qu'avec ceux qui tentent de les comprendre. Par conséquent, l'approche des intervenants peut aider certains parents à atténuer leur méfiance en recadrant les attentes mutuelles pour ensuite aborder une réelle relation d'aide et de collaboration. On peut en comprendre que ces mères consommatrices et ces pères estiment que les intervenants qui accordent le temps nécessaire et qui semblent avoir une volonté de comprendre leur réalité risquent davantage d'être sensibilisés à leurs enjeux et d'avoir des attentes réalistes envers eux.

Si nous nous fions à Klee, Jackson et Lewis (2002) et à Morissette et Venne (2009), nous pouvons déduire que soit la majorité des mères consommatrices et des pères de notre étude se conforment plutôt bien aux attentes des intervenants, soit la majorité des intervenants qu'ils ont rencontrés sont sensibles à leurs enjeux, accordent suffisamment de temps à bâtir les relations et ont ajusté leurs attentes envers eux pour être réalistes.

Une seconde piste d'explication de la méfiance des parents envers des intervenants est que nous ne les informons peut-être pas suffisamment sur les rôles des intervenants, des

services qui leur sont offerts et des fonctionnements de ces services. Comme nous l'avons constaté dans nos résultats et comme Kroll et Taylor (2010) le suggèrent, lorsqu'ils ne comprennent pas bien les tenants et les aboutissants de ce qui leur est offert, les mères consommatrices et leur partenaire peuvent se faire des idées erronées, se méfiant alors des relations possibles. À titre d'exemple, ce n'est pas une pratique courante des services de protection de la jeunesse de retirer la garde d'un enfant aux parents au moment de la naissance pour la seule raison qu'une mère ait consommé en cours de grossesse. En effet, la Loi sur la protection de la jeunesse (2006) informe que les interventions doivent tendre en priorité à maintenir l'enfant dans son milieu familial pour permettre, au-delà d'un certain temps, de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant. Pourtant, presque toutes les mères consommatrices et leur partenaire ont dit avoir peur de perdre la garde du poupon, ce qui rejoint les conclusions de plusieurs auteurs (Jessup, Humphreys, Brindis et Lee, 2003; Klee, Jackson et Lewis, 2002; Sword, Niccols et Fan, 2004). Dans les situations où la garde d'un enfant est retirée aux parents, la consommation maternelle est généralement accompagnée d'autres éléments qui peuvent mettre en danger la sécurité ou le développement du poupon. Nous pouvons donc croire que si les parents étaient mieux informés et savaient davantage à quoi s'attendre des services et des intervenants, plusieurs seraient moins craintifs et plus disposés à s'engager dans des relations de collaboration avec des intervenants qui peuvent les aider.

Une troisième piste d'explication de la méfiance des mères consommatrices et de leur partenaire est liée au contexte dans lequel l'intervention a lieu. En fait, le contexte

d'intervention est un élément qui peut influencer la capacité de certains intervenants à entrer en relation avec des mères consommatrices et leur partenaire. Par exemple, si le contexte d'intervention surcharge les intervenants de tâches, comme le relate Howe (2010), que la performance des intervenants est évaluée en fonction des gestes mesurables accomplis (Cyr, 2011), que les gestionnaires n'accordent pas aux intervenants la flexibilité d'ajuster l'offre d'aide en fonction des besoins et finalement, que les services limitent la relation d'aide à une durée prescrite, les intervenants se sentent possiblement forcés de ne pas investir autant l'aspect relationnel de l'aide. Bien que le discours des parents ne faisait pas état des éléments qui influencent directement les intervenants, nos résultats indiquent que certaines mères consommatrices et leur partenaire ont vécu des relations difficiles avec des intervenants parce que les services offerts ne correspondaient pas aux besoins qu'ils exprimaient et que certains intervenants faisaient preuve d'un manque de flexibilité. Ainsi, sans nécessairement le vouloir, des intervenants peuvent se centrer sur ce qui doit être fait, plutôt que sur comment cela devrait être fait pour favoriser la relation d'aide, ce qui peut ensuite susciter le sentiment d'être incompris et amplifier la méfiance ressentie par des mères consommatrices et leur partenaire.

Réactions de méfiance des parents

Il importe de souligner que les mères consommatrices et leur partenaire réagissent de différentes façons à cette méfiance qu'ils ressentent. Ainsi, il nous apparaît évident que les mères consommatrices et leur partenaire qui semblaient les plus méfiants ont mis en place une variété de stratégies défensives visant à se distancier des relations avec des

intervenants. Certains parents ont parlé d'avoir vécu des conflits où ils se sont opposés ou confrontés à des intervenants. Comme l'ont aussi nommé Anthony, Autin et Cormier (2010) et Vincent et ses collègues (2007), d'autres parents ont affirmés avoir parfois menti ou caché des informations. De cette façon, ils tentaient d'éviter les conséquences possibles et que ne se concrétisent leurs peurs. Par contre, Rhodes et ses collègues (2010) proposent que ces mêmes stratégies qui servent à installer une distance relationnelle ont aussi pour but de protéger leur nouvelle identité d'« assez bon parent »; une identité fragilisée par la consommation maternelle de substances psychoactives. Ils ont constaté que les parents ayant une consommation problématique de substances psychoactives ayant participé à des entretiens qualitatifs souhaitaient surtout être confirmés dans leur rôle parental naissant plutôt que critiqués relativement au rôle qu'ils tentent d'approprier. Il nous semble donc que la méfiance de ces parents est liée à l'idée qu'ils doivent nécessairement dévoiler leurs vulnérabilités comme nouveaux parents pour recevoir l'aide appropriée (Hull, May, Farrell-Moore et Svikis, 2010) et du coup, cela nuit à leur représentation d'eux-mêmes en tant que « bons » parents.

De plus, pour éviter d'avoir leur identité parentale critiquée ou menacée par des intervenants, ces parents cherchent parfois à éviter les services d'aide. Dans leur recension d'écrits portant sur les traitements offerts aux femmes consommatrices de substances psychoactives, Hecksher et Hesse (2009) indiquent que la méfiance des mères et de leur partenaire fait en sorte qu'ils tendent d'abord à présenter une image valorisée d'eux-mêmes, puis à retarder l'entrée dans les services d'aide s'ils n'ont pas la possibilité de les

éviter et, finalement, à se soumettre aux exigences des milieux d'intervention. Ces propos rejoignent manifestement nos résultats, en particulier lorsque des mères consommatrices ont affirmé ne pas avoir de difficulté, se disaient capables de les surmonter seules ou refusaient d'en parler, ce qui repousse nécessairement les services volontaires. Mais il est possible que ce qui a été identifié, par Hecksher et Hesse (2009), comme de la méfiance envers des services d'aide en dépendance, soit en fait une méfiance envers des intervenants qui travaillent dans ces milieux. D'ailleurs, nous constatons que les perceptions parentales des services sont intimement liées à leurs perceptions des relations qu'ils ont vécues avec des intervenants de ces services. Ce constat fait écho à celui de Toner et ses collègues (2008) qui rapportent, que les attitudes positives des intervenants stimulent l'expression de satisfaction des mères consommatrices concernant leurs relations avec ces intervenants, et par la suite, cela favorisent l'expression de leur satisfaction envers les services reçus par ces intervenants. Autrement dit, nous pouvons croire que la méfiance des parents envers des intervenants serait un élément central qui expliquerait leur méfiance envers des services d'aide et *vice versa*.

Par ailleurs, nous avons déjà dit qu'il est possible que la méfiance des parents les rende plus vigilants aux indices possibles de jugement envers eux. Même si nos résultats ne peuvent l'appuyer avec conviction, nous croyons que la méfiance peut engendrer une distorsion dans les interprétations que des mères consommatrices et de leur partenaire font de leurs expériences relationnelles avec des intervenants. Cette idée rejoint Molénat (2002) qui suggère qu'en leur offrant de l'aide, des intervenants peuvent, sans le faire

intentionnellement, renvoyer aux parents une image dévalorisée d'eux-mêmes qu'ils interprètent alors tel un jugement ou une menace à leur intégrité. Ainsi, nous pouvons nous questionner à savoir si les attitudes de certains intervenants étaient vraiment négatives ou si la méfiance de certaines mères consommatrices et leur partenaire a pu les amener à faire une fausse lecture des relations que des intervenants leur offrent de vivre. Dans le même ordre d'idées, Klee, Jackson et Lewis (2002) remarquent que l'attention des intervenants pour assurer le bien-être du poupon et l'intérêt qu'ils accordent au développement des compétences parentales a parfois été interprétée par des mères consommatrices comme un jugement de leurs capacités parentales. Rutman et ses collègues (2005) ajoutent que chaque fois que des mères consommatrices ressentent du jugement, leur méfiance envers les intervenants augmente et leur vigilance à tout indice de jugement fait de même.

4.1.2 Méfiance des intervenants

S'expliquer la méfiance des intervenants

Si les mères consommatrices et leur partenaire sont méfiants des intervenants, nous pouvons en dire autant des intervenants qui travaillent auprès de ces parents si l'on se fie à Taylor et Kroll (2004) et à Ford (2011). Ces auteurs affirment que, du point de vue d'intervenants médicaux et psychosociaux, ce sont les stratégies qu'utilisent des mères consommatrices et de leur partenaire qui rendent difficiles leurs relations et qui engendrent, en retour, la méfiance des intervenants à leur égard. Taylor et Kroll (2004), qui ont analysé quarante entretiens qualitatifs d'intervenants psychosociaux, parlent d'une atmosphère de secret et de doute qui se crée et se maintient à travers leurs relations avec des parents vivant

en contexte de consommation et où chacun tente de se protéger de l'autre. Ford (2011) a analysé les réponses de 311 infirmier(e)s à une question ouverte portant sur les facteurs qui nuisent aux soins donnés à des personnes consommatrices. Cette auteure constate que les intervenants se sentent souvent intimidés par des propos et des comportements perçus comme étant manipulateurs, impulsifs, agressifs ou irresponsables de la part de personnes consommatrices et de leur entourage, ce qui les incite à craindre pour leur propre sécurité. Dans notre étude, alors que les mères consommatrices et leur partenaire se représentaient en termes contraires à ceux-là, seulement quelques parents ont relaté des situations où leurs rapports avec des intervenants auraient pu être interprétés comme étant agressifs. Ces situations faisaient référence à des demandes d'intervenants ou à des attentes du milieu d'intervention qui ne leur convenaient pas et à travers lesquelles ils se sentaient lésés. À titre d'exemple, une mère consommatrice et son partenaire ont relaté avoir eu des réactions de colère lorsqu'en milieu hospitalier, des intervenants ont exigé d'eux qu'ils soient en tout temps présents aux côtés du nouveau-né parce qu'ils ont pris pour acquis, qu'en raison du sevrage néonatal, les parents le refuseraient. Ces parents avaient pourtant la ferme intention d'être présents et d'être engagés dans les soins de leur poupon. Nous croyons, comme Tempelton et ses collègues (2006), qu'il est possible que des intervenants se représentent les parents consommateurs comme un groupe homogène et qu'alors, ils aient peut-être une plus grande difficulté à voir ce qui définit ces parents au-delà de sa consommation de substances psychoactives.

De plus, il a déjà été dit que la consommation des mères confronte plusieurs intervenants à des valeurs qui les choquent, soit leurs croyances d'une incompatibilité entre le mode de vie de consommation de substances psychoactives et le mode de vie parental. Comme il a aussi été présenté dans nos résultats, quelques mères consommatrices et leur partenaire percevaient que certains intervenants manquaient de connaissances sur les enjeux relatifs à la consommation parentale et s'adonnaient ainsi à des jugements de valeur. Selon Ford (2011), tout comme pour Moy et ses collègues (2007), des intervenants vivaient davantage de colère du fait qu'ils se sentiraient pris en souricière entre ce qu'ils croient que les mères consommatrices et leur partenaire devraient faire et le respect des choix des parents. Ainsi, des intervenants peuvent ressentir le besoin de se prémunir à la fois contre des agressions physiques potentielles et contre des émotions négatives susceptibles d'engendrer des relations pénibles avec des parents vivant en contexte de consommation maternelle.

Réactions de méfiance des intervenants

En réaction à la méfiance des parents à leurs égards, il est possible que des intervenants usent également de stratégies défensives qui ne visent pas à attaquer les parents, mais bien pour installer une distance physique et émotionnelle dans leurs relations avec des mères consommatrices et leur partenaire. Une stratégie de distanciation d'intervenants consiste à adopter, délibérément ou non, des attitudes qui nuisent à une relation d'aide et qui font savoir aux parents qu'ils désapprouvent la consommation maternelle (Fraser, Barnes, et coll., 2007; Ford, 2011). Dans notre étude, comme dans bien d'autres, les mères

consommatrices et leur partenaire ont observé de telles attitudes négatives, qu'elles soient réelles ou perçues (voir Ford, 2011; Fraser, Barnes, et coll., 2007; Raeside, 2003). Alors qu'il est connu que les blâmer entraîne une détérioration des relations avec des mères consommatrices et leur partenaire (Marcellus, 2004), des intervenants viseraient plutôt à protéger leurs valeurs et leurs croyances tout en essayant d'éviter les conflits directs, les agressions physiques et les relations insatisfaisantes.

Cette idée nous amène à penser que les intervenants qui travaillent spécifiquement auprès de mères consommatrices et de leur partenaire pourraient démontrer davantage d'attitudes d'ouverture pour vivre la relation d'aide. D'ailleurs, au terme d'une recension systématique de la littérature, van Boekel et ses collègues (2013) supportent une thèse à l'effet que les intervenants qui ont plus de contacts personnels et professionnels avec des personnes consommatrices et leur entourage rapportent aussi avoir des relations plus positives et démontreraient des attitudes plus empathiques envers eux. Il est donc possible que ces contacts répétés avec des mères consommatrices atténuent la méfiance des intervenants envers elles. Ainsi, il est aussi compréhensible que des intervenants qui travaillent auprès de femmes enceintes, de mères et de pères, sans avoir des expériences ou des connaissances spécifiques au contexte de consommation peuvent se sentir mal préparés à intervenir auprès de ces parents (Harwin et Forrester, 2002; Kroll et Taylor, 2003; Taylor et Kroll, 2004). Du coup, ces intervenants peuvent être plus méfiants et ils peuvent rechercher davantage à se distancier des mères consommatrices et de leur partenaire.

Une autre stratégie défensive de certains intervenants pourrait consister à rigidifier les règles des milieux d'intervention, ce qui aurait pour effet de dépersonnaliser les pratiques. Ainsi, comme nos résultats le montrent, certains intervenants offrent à ces mères consommatrices et à ces pères les mêmes services qu'ils offrent à tous les parents sans que des ajustements, relatifs à leurs besoins spécifiques ou en lien avec leur contexte de consommation, ne soient possibles. Ou alors, si des mères consommatrices et leur partenaire vivent des insatisfactions ou des conflits, des intervenants peuvent justifier leurs pratiques par les procédures qui sont les mêmes pour tout le monde, ce qui représente alors une position d'établissement plutôt que des choix individuels. Cette approche inflexible ne laisse pas d'ouverture pour entendre le point de vue des mères consommatrices et de leur partenaire, ni n'accorde d'importance au jugement clinique des intervenants. Cette idée rejoint Howe (2010) qui constate que les intervenants qui agissent de la sorte peuvent être perçus comme des instruments de l'établissement s'ils appliquent de façon inflexible les procédures bureaucratiques qui construisent des rapports impersonnels avec des parents. D'un côté, en appliquant strictement les politiques et les procédures, ces intervenants perdent de la crédibilité à propos leur capacité d'aider des parents qui ne demandent qu'à ce que l'aide corresponde à leurs besoins et non une réponse toute faite sans considération. D'un autre côté, ces intervenants peuvent être rassurés qu'une distance se crée de cette façon avec des mères consommatrices et leur partenaire.

4.1.3 Dynamique de méfiance

De la méfiance des mères consommatrices et de leur partenaire à la méfiance des intervenants, il s'en suit une dynamique de méfiance. D'ailleurs, il nous semble que la méfiance des uns encourage la méfiance des autres puisque, selon nos résultats les parents qui semblaient les plus méfiants des intervenants et des services étaient aussi ceux qui relataient le plus d'expériences relationnelles difficiles avec des intervenants. Cette idée fait écho au constat de Molénat (2000, 2009) à l'effet que les parents et les intervenants vivent une peur mutuelle d'engager une relation d'aide, alors qu'il va de soi qu'une relation ne peut aucunement se vivre à la fois dans la peur et la confiance.

Comme il a été souligné plus tôt, une part considérable de la méfiance est vécue en raison d'un manque de connaissances de part et d'autre, affectant différents enjeux de la relation d'aide. Il semble donc que des mesures pour améliorer les connaissances de chacun pourraient être envisagées, d'une part pour atténuer la méfiance des mères consommatrices et de leur partenaire et, d'autre part, pour sécuriser les intervenants.

De plus, des auteurs tels Safran, Muran et Eubanks-Carter (2011) et l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ, 2010) laissent entendre que cette dynamique de méfiance peut être renversée pour restaurer une collaboration et une relation d'aide positive. Cette idée rejoint aussi nos résultats selon lesquels certaines mères consommatrices et leur partenaire ont exprimé que leurs relations avec des intervenants se sont améliorées lorsqu'ils ont tenté de se connaître et de se comprendre mutuellement. En tissant de nouveaux liens avec un intervenant, leurs relations positives

permettent parfois de soigner des blessures relationnelles antérieures engendrées par des rapports avec d'autres intervenants (Chanal, Toubin, Misraoui, Mazurier et Boulot, 2011; De Boer et Coady, 2007). D'ailleurs, nos résultats appuient ceux de De Boer et Coady (2007), ainsi que ceux de Klee et ses collègues (2002) à l'effet que la majorité des mères consommatrices et leur partenaire ont eu des relations positives quand ils ont rencontré des intervenants qui démontraient une ouverture à être en relation d'aide et des attitudes qui favorisent la relation de confiance et ce, en dépit de relations parfois difficiles avec des intervenants dans le passé. C'est d'autant plus vrai quand ces intervenants les impliquent et négocient avec eux des services (Molénat, 2009) qui sont alors ajustés à ce qu'ils veulent et à ce qu'ils se sentent capables d'accomplir (Hall et van Teijlingen, 2006; Neander et Skott, 2008). En somme, dans ces relations positives, la méfiance liée à l'entrée en relation avec des intervenants, fait place à un sentiment de confiance qui s'acquière au gré des contacts positifs.

Ainsi, la relation d'aide n'est pas statique; elle évolue dans le temps. En ce sens, l'ACRDQ (2010) recommande qu'au cours d'une démarche d'aide, les intervenants devraient faire un suivi de l'état de leurs relations avec les personnes consommatrices afin de corriger rapidement tout élément qui pourrait nuire au lien qui se développe entre eux. Dans le même sens, Sun (2004) remet la responsabilité aux intervenants d'offrir un environnement sécuritaire dans lequel il est possible de bâtir des relations de confiance, mais aussi de créer un climat de respect et de collaboration. Pour ce faire, nous croyons qu'il faut que les intervenants souhaitent mieux comprendre ces parents, ce qui susciterait

un désir d'être liés à leur prochain. Seulement alors, ils se sentiraient en mesure d'accorder leur confiance à ces mères consommatrices et à leur partenaire. S'ils y arrivent, la dynamique de méfiance pourrait être renversée en une dynamique de confiance; un élément incontournable d'une relation d'aide où des intervenants pansent les plaies relationnelles de ces parents pour leur permettre de vivre des expériences réparatrices à leurs côtés.

4.2 Implications pour l'intervention

Pour bien articuler les services périnataux, les services en dépendance, ainsi que les services de protection de la jeunesse, il est nécessaire de reconnaître l'importance du processus de construction des relations avec des futures et nouvelles mères consommatrices, ainsi qu'avec leur partenaire (Abel et Kruger, 2002; Philips, Thomas, et coll., 2007; Roberts et Pies, 2011).

Dans un premier temps, il nous semble essentiel que les instances décisionnelles des différents milieux d'intervention aient cette même sensibilité et comprennent l'importance du développement de la relation de confiance pour que les intervenants soient aidants. N'oublions pas que lorsque nous intervenons auprès de mères consommatrices de substances psychoactives et de leur partenaire, chaque personne développe un sentiment de confiance à un rythme différent. Si l'objectif est toujours d'aider ces personnes, il faut être conscient que le rythme demandé par l'établissement n'est pas nécessairement celui des familles qui sont méfiantes. Ainsi, nous souhaitons mettre en garde contre des actions qui,

associées à des critères d'efficience, agiraient au détriment des relations de confiance et par conséquent, nuiraient à la qualité des interventions offertes.

À titre d'exemple, nous avons déjà dit qu'il n'est pas souhaitable que des mères consommatrices de substances psychoactives et leur partenaire vivent une série de courtes relations avec différents intervenants, dans différents milieux, ce qui ne leur permet pas un engagement relationnel. Dans le même ordre d'idées, Dowdell et ses collègues (2009) affirment que la continuité relationnelle est particulièrement importante pour les femmes enceintes et les nouvelles mères consommatrices. Ces auteurs évoquent l'idée qu'en permettant à des intervenants de maintenir avec elles des relations positives tout au long de la période périnatale, ils amélioreraient l'intégration des services et les inciteraient à rester engagés dans une démarche d'aide afin de prévenir une détérioration de leurs situations. Cependant, la continuité relationnelle peut être ardue à installer dans un contexte où l'arrimage entre les services périnataux, des services de protection de la jeunesse et des services en dépendance pose encore des défis importants, tels que le proposent L'Espérance et Ménard (2011). Il importe alors d'être sensible à ces aspects afin d'envisager des avenues pour à la fois améliorer l'arrimage des services et favoriser la continuité de la relation d'aide.

Une autre implication pour l'intervention découle du postulat de van Boekel et ses collègues (2013) selon lequel les intervenants qui ont plus de contacts avec des personnes consommatrices et leur entourage vivent des relations plus positives avec eux. Conséquemment, des intervenants qui sont plus à l'aise et empathiques envers des mères

consommatrices et leur partenaire, qui sont donc moins méfiants d’eux, pourraient être ciblés pour intervenir dans ces situations. Ces intervenants seraient susceptibles de bâtir de meilleurs liens avec ces parents qui vivent en contexte de consommation maternelle. En ce sens, deux stratégies pourraient être intéressantes.

La première serait de désigner des intervenants dans chaque milieu qui y sont davantage sensibilisés afin que de telles situations leur soient assignées en priorité. Par exemple, les milieux spécialisés en dépendance pourraient identifier des intervenants qui seraient plus habilités ou intéressés aux enjeux de parentalité ou de consommation maternelle à la période périnatale. Les services de protection de la jeunesse (PJ) et les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) pourraient désigner des intervenants pour intervenir dans les situations qui impliquent une consommation parentale de substances psychoactives. Comme il est bien connu que la formation adéquate des intervenants améliore la qualité des interventions et des services offerts (ACRDQ, 2010; Haute autorité en santé, 2006), ces intervenants pourraient être formés sur des enjeux précis, se spécialiseraient davantage et pourraient offrir une intervention plus pertinente aux besoins et aux enjeux des mères consommatrices et de leur partenaire.

La seconde stratégie, telle que Dowdell et ses collègues (2009) le proposent et telle que Metz, Kochl et Fischer (2012) l’entérinent, consiste à former des équipes multidisciplinaires, soit par établissement ou inter-établissement, qui se spécialiseraient dans les situations de consommation maternelle à la période périnatale. De plus, Metz et ses collègues (2012) proposent, en fin de compte, que l’application de cette stratégie pourrait

faire économiser des coûts en santé, surtout dans les situations où des interventions précoces plus adaptées et spécialisées éviteraient potentiellement des complications néonatales ou une intervention par les services de protection de la jeunesse. Cette option, comme la précédente, permettrait que l'intervention soit offerte par des intervenants sensibilisés qui seraient mieux placés pour appliquer les meilleures pratiques envers cette clientèle spécifique tout en développant des relations de confiance plus efficaces.

La dernière implication pour l'intervention que nous désirons partager concerne directement les intervenants. Même si seulement quelques intervenants ont été identifiés par des mères consommatrices et leur partenaire comme ayant démontré des attitudes de jugement à leur égard, il serait important que les intervenants prennent le temps de s'arrêter pour faire une réflexion sur leur pratique et remettre en question leurs biais vis-à-vis de ces parents. Bien entendu, une telle démarche devrait être soutenue par les milieux d'intervention. À cet effet, Baldwin, Wampold et Imel (2007) suggèrent qu'il est important que les intervenants, autant médicaux que psychosociaux, puissent avoir accès à de la supervision clinique comme un moyen de développer leurs compétences relationnelles et de faire une introspection sur ces aspects. Nous sommes d'avis que les zones de tension, inhérentes à la rencontre avec une mère consommatrice et son partenaire, peuvent souvent trouver résolution à travers la réflexion sur les expériences personnelles et professionnelles des intervenants.

4.4 Apports

Ce mémoire permet une certaine avancée des connaissances compte tenu de la littérature limitée portant spécifiquement sur notre sujet d'étude. Plusieurs études traitant le sujet des relations entre des parents et des intervenants dans les moments qui entourent la naissance ne tiennent pas compte du contexte de la consommation maternelle de substances psychoactives (par exemple, Crais, Poston Roy et Free, 2006; Cushing Just, 2005; De Montigny, Devault, Lacharité et Dubeau, 2009; Gockel, Russell et Harris, 2008; Molénat, 2009; Neander et Skott, 2008, etc.), ce qui limite les possibilités de comprendre le processus d'entrée et de développement des relations dans ce contexte. D'autres recherches ont plutôt opté pour aborder les relations entre des personnes consommatrices et des intervenants sans prendre en considération le statut parental et les rôles parentaux des personnes consommatrices (entre autres, Allman, Myers, Schellenberg, et coll., 2007; Ford, 2011; Palmer, Murphy, Piselli, et Ball, 2009; Rapp, 2006; Redko, Rapp, Elms, et coll., 2007; van Boekel, Brouwers, van Weeghel et Garretsen, 2013). En outre, il est important de mieux documenter les relations des mères consommatrices et de leur partenaire dans les moments qui entourent la naissance, considérant que plusieurs intervenants, ne sachant trop à quel genre de relation s'attendre, disent avoir de la difficulté à intervenir auprès de ces parents (Fraser, Barnes, et coll., 2007; Taylor et Kroll, 2004).

Aussi, les études qui se rapprochent davantage de la nôtre se sont souvent intéressées au point de vue de mères consommatrices sur leurs relations avec des intervenants (Klee, Jackson et Lewis 2002; Krausz, 2010; Morton et Konrad, 2009), mais

ont omis de prendre en compte les perceptions des pères (biologiques ou sociaux) qui sont à leurs côtés et qui partagent ces relations. Même si le discours des partenaires des mères consommatrices dans ce mémoire se rapprochait beaucoup de celui des mères, nous pouvons tout de même affirmer qu'une autre force de ce mémoire est qu'il permet de donner une voix aux mères consommatrices autant qu'à leur partenaire à qui nous omettons parfois de demander ce qu'ils pensent des services qui leur sont offerts, des intervenants qu'ils rencontrent et de leurs relations avec eux.

Cette étude exploratoire permet une analyse et une compréhension assez fine des relations qui se vivent entre des mères consommatrices abusives de substances psychoactives, leur partenaire et des intervenants médicaux et psychosociaux, faisant en sorte d'examiner une multitude d'éléments d'influence sur leurs relations. Bien que plusieurs résultats de ce mémoire appuient ceux déjà soulignés dans d'autres recherches, quelques-uns ajoutent une plus-value aux connaissances existantes.

4.5 Limites

Avant tout, rappelons que notre analyse s'est effectuée à partir de données recueillies dans le cadre d'une étude plus large. Par conséquent, certains choix méthodologiques ont été faits en fonction des besoins de la recherche initiale. Ce mémoire comporte donc certaines limites qu'il convient de prendre en considération.

D'abord, une première limite concerne la sélection des participants. Les mères consommatrices et leur partenaire devaient être volontaires lors du recrutement qui s'est

déroulé dans cinq milieux hospitaliers, ce qui représente un échantillon de convenance (Richards et Morse, 2007). Ces éléments ne permettent donc pas la généralisation des résultats à d'autres milieux ou d'autres parents vivant en contexte de consommation.

Ensuite, certaines mères consommatrices et leur partenaire ont été exclus de la recherche initiale en raison de l'exigence que les participants devaient avoir la garde de leur enfant au moment de quitter le milieu hospitalier après la naissance (Morissette, Bourque et Roux, 2011). Dans cette recherche initiale, Morissette, Devault et Rondeau (2006-2010) ont fait ce choix pour cibler des pères qui vivent avec la mère consommatrice et leur enfant pour recueillir suffisamment de données sur l'engagement paternel. De ce fait, des parents qui ont vécu le placement du poupon à ce moment ont été exclus alors qu'ils auraient fort probablement eu des perceptions différentes de leurs relations avec les intervenants des différents milieux. Une étude similaire qui comparerait les expériences relationnelles de mères consommatrices et de leur partenaire qui ont conservé la garde de leur poupon à ceux à qui la garde du poupon a été retirée apporterait sans aucun doute un éclairage qui aurait enrichi les résultats.

Aussi, comme ce mémoire s'appuie sur des données secondaires, il n'a pas été possible de déterminer le nombre de participants selon le principe de saturation empirique tel que le recommande Pires (1997). Une recherche qui aurait porté seulement sur les relations qui se vivent entre les mères consommatrices, leur partenaire et des intervenants médicaux et psychosociaux aurait apporté des éléments additionnels et plus approfondis qui auraient teinté la compréhension de ce phénomène. Néanmoins, le nombre de récits

différents analysés ici est similaire à celui rapporté par d'autres études qui ont porté sur les expériences de femmes enceintes et des nouvelles mères consommatrices de substances psychoactives (Klee, Jackson et Lewis, 2002; Jessup, Humphreys, Brindis et Lee, 2003; Hall et van Teijlingen, 2006; Simmat-Durand, 2009).

Ajoutons que la portée des résultats de ce mémoire est aussi limitée par le manque de distinction entre les différents mandats et professions des intervenants qui sont entrés en relations avec des mères consommatrices et leur partenaire. Ce choix à été fait parce que nous avons constaté que selon leurs propos, ces parents n'étaient pas toujours en mesure de faire ces distinctions lorsqu'ils parlaient de leurs relations avec des intervenants. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas être attribuables à un type de professionnels ou à un mandat d'intervention en particulier, ni ne sont transférables aux intervenants en dépendance à propos desquels nous n'avions que peu de données. Cela dit, Metz, Kochl et Fisher (2012), ainsi que Hall et van Teijlingen (2006) recommandent d'intervenir en équipe multidisciplinaire auprès des femmes enceintes et des mères consommatrices de substances psychoactives. L'intervention multidisciplinaire permet d'allier différentes approches et valeurs d'intervention leur offrant ainsi un soutien personnalisé. Dans ce contexte, ce mémoire permet à tous les intervenants d'identifier des éléments qui peuvent influencer leurs relations avec ces mères et ces pères et de poser un regard critique sur leurs propres expériences, leurs forces et ce qu'ils souhaiteraient améliorer.

De plus, il faut envisager que les récits d'expériences relatées par les mères consommatrices et leur partenaire peuvent être faussé de deux façons. La première tient du

fait que les données de la recherche initiale ont été recueillies de façon rétrospective, ce qui avec le temps peut altérer les souvenirs des parents. Toutefois, des auteurs tels que Morton et Konrad (2009) suggèrent que les mères consommatrices et leur partenaire tendent à garder de vifs souvenirs des aspects émotifs et relationnels de leurs expériences. Ainsi, en dépit du délai entre les expériences vécues et le moment que les relater, il est probable que les perceptions parentales des relations qu'ils ont établies avec des intervenants soient restées relativement stables.

La deuxième façon concerne le fait que des mères consommatrices et leur partenaire ont peut-être modifié leurs récits pour partager une version socialement plus acceptable de leurs expériences relationnelles avec des intervenants. Comme les mères consommatrices et leur partenaire ont exprimé être plutôt méfiants de la façon dont leurs propos pourraient être interprétés par des intervenants médicaux et psychosociaux, il est possible de croire qu'ils ont pu être méfiants au moment de partager leur vécu avec l'équipe de recherche. Cependant, les agents de recherche se sont mis en posture d'écoute et de compréhension afin d'instaurer un climat de confiance dans le but de réduire l'impact de ce biais sur les résultats.

De plus, si les personnes les plus méfiantes ont possiblement été moins volontaires à participer à l'étude, des mères consommatrices et leur partenaire ont aussi pu être motivés à participer en raison de l'attrait de la rétribution financière offerte à titre de dédommagement. Il semble juste de croire que cela a aussi pu avoir une incidence sur les

résultats obtenus où certains participants ayant eu d'autres motivations intrinsèques ont pu être plus ouverts à aborder leurs expériences relationnelles avec des intervenants.

4.6 Pistes pour la recherche

Les résultats obtenus dans ce mémoire montrent la pertinence de réaliser d'autres études traitant de la relation d'aide auprès de mères consommatrices et de leur partenaire pour en enrichir la compréhension. Ces études devraient, dans un premier temps, s'attarder de façon plus pointue à questionner les relations de ces parents avec des intervenants depuis la première rencontre. Cette avenue offrirait l'occasion d'avoir un regard plus précis d'une trajectoire d'entrée et de développement des relations de confiance qui se vivent entre eux à la période périnatale.

Ensuite, il serait également appréciable de croiser les expériences relationnelles de mères consommatrices et de leur partenaire avec celles des intervenants tel que suggéré par De Boer et Coady (2007) ou Platt (2008). Ainsi, prendre en compte les perceptions des intervenants avec qui ces mères et ces pères vivent des relations permettrait de nuancer ou de contextualiser autrement certains de leurs propos.

Une autre piste de recherche à considérer serait de reproduire cette recherche auprès d'un groupe formé de mères qui n'ont pas une consommation abusive de substances psychoactives et de leur partenaire, mais qui entrent en relation avec des intervenants pour toutes sortes d'autres raisons. Comparer ces résultats à ceux de notre étude ferait ressortir les similitudes et les différences entre les expériences de ces deux groupes et mettrait en

relief l'effet du contexte de consommation maternelle sur les relations entre des parents et des intervenants médicaux et psychosociaux.

De plus, même si à l'origine les chercheurs souhaitaient porter une attention autant aux perceptions des pères biologiques qu'à celles des pères sociaux, ils ont seulement pu recueillir celles des pères biologiques partenaires de mères consommatrices parce que tous les partenaires des mères rencontrées étaient biologiquement liés au poupon. Par conséquent, nous ignorons toujours si les relations entre des pères sociaux et des intervenants se vivent de la même façon ou de façon différente de celles vécues par des pères biologiques. Puisqu'aucune étude à ce sujet précis n'a été trouvée, nous sommes d'avis qu'une recherche qui porterait spécifiquement sur le vécu des pères sociaux dans les moments qui entourent la naissance d'un poupon pourrait constituer une piste novatrice.

5. Conclusion

Pour les mères consommatrices et leur partenaire, devenir parent amorce un parcours jalonné d'intervenants avec qui ils peuvent vivre la relation d'aide de façon difficile ou, au contraire, de façon positive. Les relations difficiles avec des intervenants à la période périnatale entravent les demandes d'aide futures, ce qui entraîne une détérioration possible des situations que vivent des mères consommatrices, leur partenaire et leur poupon. Quant à elles, les relations positives peuvent être des leviers de changement du contexte de consommation maternelle et permettent de mieux répondre aux besoins des familles. Les moments qui entourent la naissance sont donc fondamentaux pour que des intervenants puissent marquer l'histoire parentale.

Ce mémoire visait à mieux saisir, du point de vue de mères consommatrices et de leur partenaire, leurs expériences relationnelles avec des intervenants médicaux et psychosociaux au cours période périnatale. Plus précisément, leurs discours ont permis de documenter les perceptions de ces parents de leurs relations avec des intervenants et d'identifier des éléments qui ont favorisé ou nui à leurs rapports.

Cette recherche a donc permis de donner une voix à ces parents. Même si certaines mères consommatrices et leur partenaire ont peiné à mettre en mots leur vécu des relations avec des intervenants, leurs récits nous ont ému par leur authenticité. Ces mères

consommatrices et ces pères ont accepté de se livrer en abordant des expériences relationnelles tantôt difficiles, tantôt positives.

Les résultats de notre étude se rapprochent de ceux d'autres recherches qui confirment que plusieurs relations entre des intervenants et des parents qui vivent en contexte de consommation maternelle pendant période périnatale, se vivent dans la méfiance, voire dans l'adversité. Malgré les défis présents dans certains milieux d'intervention, plusieurs parents ont vécu des relations très positives, et même significatives. Des mères consommatrices et leur partenaire ont senti qu'ils pouvaient accorder leur confiance à des intervenants compétents, transparents, qui tiennent compte autant de leurs demandes que de leurs besoins. Devant de tels intervenants, ces parents sont devenus plus réceptifs et se sont engagés à vivre la relation d'aide.

Comme intervenante, ce mémoire nous ramène au constat qu'une grande partie de ce que l'on fait est influencée par notre capacité de penser notre travail dans la relation d'aide. Dans le quotidien, les contraintes liées à l'urgence d'agir limite parfois notre capacité de prendre la distance nécessaire de l'action effectuée pour réfléchir, non seulement à ce qui est fait et à ce qui est dit, mais à comment les relations devraient se vivre. Les propos des mères consommatrices et de leur partenaire nous ont conduits à une réflexion sur l'espace et le temps que l'on accorde aux relations de confiance dans le processus d'intervention. Ainsi, ce mémoire nous a permis de prendre une distance pour entrevoir d'un œil nouveau nos relations avec des mères consommatrices de substances psychoactives et leur partenaire.

Bibliographie

- Abel, E. L. et Kruger, M. (2002). Physician attitudes concerning legal coercion of pregnant alcohol and drug abusers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(4), 768-772
- Adams, P. (1999). Towards a Family Support Approach with Drug-Using Parents: The Importance of Social Worker Attitudes and Knowledge. *Child Abuse Review*, 8, 15-28
- Adlaf, E. M., Begin, P. et Sawka, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens*. La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé. (pp. 102). Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Agence de la santé publique du Canada - ASPC (2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - 2005*. Cité dans Rapport sur la santé périnatale au Canada Édition 2008. Ottawa : Santé Canada.
- Agence de la santé publique du Canada – ASPC (2009). *Ce que disent les mères: Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM)*. Ottawa: Santé Canada.
- Albright, B. B. et Rayburn, W. F. (2009). Substance Abuse Among Reproductive Age Women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(4), 891-906
- Allman, D., Myers, T., Schellenberg, J., Strike, C., Cockerill, R. et Cavalieri, W. (2007). Improving health and social care relationships for harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 18, 194-203
- Amiguet, O. et Julier, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève et Lausanne: Les Éditions I.E.S. et Éditions EESP.
- Anthony, E. K., Austin, M. J. et Cormier, D. R. (2010). Early detection of prenatal substance exposure and the role of child welfare. *Children and Youth Services Review*, 32, 6-12

- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec - ACRDQ (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratiques et offre de services de base*. Montréal, Canada.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. et Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(842-852)
- Bertrand, J., Floyd, R. L., Weber, M. K., O'Connor, M., Riley, E. P., Cohen, D. E., et coll. (2004). *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development : Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742
- Carter, C. S. (2002). Perinatal care for women who are addicted: implications for empowerment. *Health & Social Work*, 27(3), 166 -174
- Chanal, C., Toubin, R. M., Misraoui, M., Mazurier, E. et Boulot, P. (2011). Prise en charge en réseau des femmes enceintes (et de leurs enfants) abusant de substances psychoactives : une organisation reproductible ? *Revue Médicale en Périnatalité*, 3, 208-209.
- Crais, E. R., Poston Roy, V. et Free, K. (2006). Parents' and Professionals' Perceptions of the Implementation of Family-Centered Practices in Child Assessments. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 365-377
- Cushing Just, A. (2005). Parent Participation in Care: Bridging the Gap in the Pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 5(4), 179-187
- Cyr, C. (2011). Création d'une communauté de pratique pour les intervenants et intervenantes sociales en centres de santé et de services sociaux (CSSS) : entrevue avec Marjolaine Goudreau, Regroupement, échanges, concertation des intervenantes et des formatrices en social (RÉCIFS). *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 6-14
- Day, E., Porter, L., Clarke, A., Allen, D., Moselhy, H. et Copello, A. (2003). Drug misuse in pregnancy: the impact of a specialist treatment service. *Psychiatric Bulletin*, 27(3), 99-102

- De Boer, C. et Coady, N. (2007). Good helping relationships in child welfare: learning from stories of success. *Child and Family Social Work*, 12, 32-42
- De Koninck, M., Guyon, L. et Morissette, P. (2003). L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives. *Recherches féministes*, 16(2), 107-137
- De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C. et Dubeau, D. (2009). À la rencontre des parents: des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2). Repéré à <http://wer.uqar.qc.ca/revue-inf>
- Dowdell, J. A., Fenwick, J., Bartu, A. et Sharp, J. (2009). Midwives' descriptions of the postnatal experiences of women who use illicit substances: A descriptive study. *Midwifery*, 25, 295-306
- Etherington, K. (2007). Creation as transformation: Parenting as a turning point in drug users' lives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 71-78
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, 37(2), 241-252
- Forrester, D., McCambridge, J., Waissbein, C. et Rollnick, S. (2008). How do Child and Family Social Workers Talk to Parents about Child Welfare Concerns? *Child Abuse Review*, 17, 23-35
- Fraser, J. A., Barnes, M., Biggs, H. C. et Kain, V. J. (2007). Caring, chaos and the vulnerable family: Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1363-1370
- Garg, A., Nelson, C. S., Burrell, L., Duggan, A. K. et Sia, C. (2010). Association of Substance Use Discussion by Pediatric Providers with the Parent-Provider Relationship and Maternal Behavior Change. *Clinical Pediatrics*, 49(3), 240-248
- Gilbert, P., Herzig, K., Thakar, D., Vilorio, J., Bogetz, A., Danley, D. W., et coll. (2007). How Health Care Setting Affects Prenatal Providers' Risk Reduction Practices: A Qualitative Comparison of Settings. *Women & Health*, 45(2), 41-57
- Gockel, A., Russell, M. et Harris, B. (2008). Recreating Family: Parents Identify Worker-Client Relationships as Paramount in Family Preservation Programs. *Child Welfare*, 87(6), 91-113

- Gross, D. R. et Capuzzi, D. (2007). Helping relationships: from core dimensions to brief approaches. Dans D. Capuzzi & D. R. Gross (Dir.), *Counseling and Psychotherapy*, 4th edition (pp. 3-25). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Groulx, L.-H. (1998). Sens et usage de la recherche qualitative en travail social. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, R. Mayer, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière & A. P. Pires (Dir.), *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec* (pp. 1-50). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Guthrie, B., Saultz, J., W., Freeman, G. K. et Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *British Medical Journal*, 337, 548-549
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. et McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327, 1210-1221
- Haight, W. L., Carter-Black, J. D. et Sheridan, K. (2009). Mothers' experience of methamphetamine addiction: A case-based analysis of rural, midwestern women. *Children and Youth Services Review*, 31, 71-77
- Hall, J. L. et van Teijlingen, E. R. (2006). A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6(19), Repéré à : <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/1476/1419>
- Hans, S. L. (2004). When mothers abuse drugs. Dans M. Göepfert, J. Webster & M. V. Seeman (Dir.), *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*. New York: Cambridge University Press.
- Harbin, F. et Murphy, M. (2001). *Substance Misuse and Child Care. How to Understand, Assist and Intervene when Drugs Affect Parenting*. Lime Regis: Russel House.
- Harwin, J. et Forrester, D. (2002). Parental substance misuse and child welfare: a study of social work with families in which parents misuse drugs and alcohol *First stage report*: Nuffield Foundation.
- Haute autorité en santé – HAS (2006). Recommandations pour la pratique clinique: Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, 34, 540-563

- Hayden, C. (2004). Parental Substance Misuse and Child Care Social Work: Research in a City Social Work Department in England. *Child Abuse Review*, 13, 18-30
- Hecksher, D. et Hesse, M. (2009). Women and substance use disorders. *Mens Sana monographs*, 7(1), 50-62
- Howe, D. (2010). The safety of children and the parent-worker relationship in cases of child abuse and neglect. *Child Abuse Review*, 19, 330-341
- Huberman, A. M. et Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: Presse universitaire de Boeck.
- Hull, L., May, J., Farrell-Moore, D. et Svikis, D. S. (2010). Treatment of Cocaine Abuse During Pregnancy: Translating Research to Clinical Practice. *Current Psychiatry Report*, 12, 454-461
- Hulsey, T. (2005). Prenatal Drug Use: The Ethics of Testing and Incarcerating Pregnant Women. *Newborn and infant nursing reviews*, 5(2), 93-96
- Jessup, M. A., Humphreys, J. C., Brindis, C. D. et Lee, K. A. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 285
- Kearney, M. H., York, R. et Deatrck, J. A. (2000). Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 369-376
- Kennedy, C., Finkelstein, N., Hutchins, E. et Mahoney, J. (2004). Improving screening for alcohol use during pregnancy: The Massachusetts ASAP Program. *Maternal and Child Health Journal*, 8(3), 137-147.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A. et Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *The Lancet*, 370, 1358-1369
- Klee, H., Jackson M. et Lewis S. (2002). *Drug misuse and motherhood*. New York: Routledge.
- Klee, H. (2002a). Overcoming the barriers. Dans H. Klee, M. Jackson & S. Lewis (Dir.), *Drug misuse and motherhood* (pp. 263-275). New York: Routledge.

- Knoke, D. (2009). Stratégies visant à améliorer le traitement de la toxicomanie des parents qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance. *CEPB Information - Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants* 72F, 1-6
- Krausz, M. (2010). *Addiction in Maternity: Mixed Methods Study on Substance Use During Maternity, Access to Services and Perceptions of Addiction in Maternity*. Vancouver, BC Canada: Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences (CHEOS).
- Kroll, B. et Taylor, A. (2003). *Parental Substance Misuse and Child Welfare*. London: Jessica Kingsley.
- Kroll, B. et Taylor, A. (2010). Dilemmas in intervening effectively in families where there is parental drug misuse. Dans S. McGregor (Dir.), *Responding to Drug Misuse: Research and policy priorities in health and social care* (pp. 190-202). New York: Routledge.
- Lamy, S. et Thibaut, F. (2010). État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. *L'Encéphale*, 36, 31-38
- Lavandier, K.-A. (2003). *La consommation maternelle et son impact sur les enfants*. (Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, Montréal).
- Le Boterf, G. (2010). *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues: 15 propositions*. Paris: Eyrolles Éditions d'organisation.
- L'Espérance, N. et Ménard, J.-M. (2011). *La formation croisée pour le transfert des connaissances et l'intégration des services auprès de jeunes parents consommateurs*. Communication présentée Conférence nationale - Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Vancouver, Canada. Repéré le 2013-07-07 à : <http://www.domremymcq.ca/fichiers/Documents/presentation-vancouver-2011-diffusion.pdf>
- Lester, B. M., Andreozzi, L. et Appiah, L. (2004). Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. *Harm Reduction Journal*, 1(5). Repéré à <http://www.harmreductionjournal.com/content/1/1/5>
- Litton Fox, G., Bruce, C. et Combs-Orme, T. (2000). Parenting expectations and concerns of fathers and mothers of newborn infants. *Family relations*, 49, 123-131

- Loi sur la protection de la jeunesse – LPJ* (2006). Gouvernement du Québec, L.R.Q., chapitre P-34.1 Repéré à :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html
- Marcellus, L. (2003). Critical Social and Medical Constructions of Perinatal Substance Misuse: Truth in the Making, *Journal of Family Nursing*, 9, 438-452
- Mayer, R., et J.-P. Deslauriers (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-Ch. Saint-Jacques, D. Turcotte, et coll. (Dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 159-189.
- Metz, V., Kochl, B. et Fisher, G. (2012). Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? *Neuropsychiatry*, 2(1), 29-41
- Miles, J., Sugumar, K., Macrory, F., Sims, D. G. et D'Souza, S. W. (2006). Methadone-exposed newborn infants: outcome after alterations to a service for mothers and infants. *Child: care, health and development*, 33(2), 206-212
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec - MSSS (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011: Unis dans l'action*.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec - MSSS. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*.
- Molénat, F. (2000). *Grossesse et toxicomanie*. Paris: Éditions Érès
- Molénat, F. (2002). Ce que nous ont enseigné les parents. *Parents et professionnels*, 130-139
- Molénat, F. (2009). *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*. Paris: Éditions Érès.
- Morissette, P., Bourque, S. et Roux, M.-E. (2011). Trajectoire d'engagement paternel dans un contexte de consommation maternelle excessive de substances psychoactives. *Intervention*, 135(2), 61-72
- Morissette, P., Chouinard-Thompson, A., Devault, A., Rondeau, G. et Roux, M.-E. (2009). Le partenaire des consommatrices abusives de substances psychoactives : un acteur-clé

- pour la sécurité et bien-être optimal des enfants. Dans P. Morissette et M. Venne (Dir.), *Parentalité alcool et drogues : un défi multidisciplinaire*. Montréal: Éditions Sainte-Justine : collection Intervention.
- Morissette, P., Devault, A. et Bourque, S. (2009). La paternité dans un contexte de consommation maternelle abusive d'alcool et de drogues. *Enfance, Familles et Génération*, 11
- Morissette, P., Rondeau, G. et Devault, A. (2006-2010). *Protocole de recherche: L'engagement des pères dans un contexte de consommation maternelle de substances psychoactives : Importance de bien connaître les facteurs liés à l'engagement paternel pour un développement optimal des enfants*.
- Morissette, P. et Venne, M. (2009). Un modèle théorique pour évaluer et intervenir dans le contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives. Dans P. Morissette et M. Venne (Dir.), *Parentalité, alcool et drogues: Un défi multidisciplinaire* (pp. 27-48). Montréal: Éditions Ste-Justine.
- Morton, J. et Konrad, S. C. (2009). Introducing a Caring/Relational Framework for Building Relationships with Addicted Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nurses*, 28, 206-213
- Moy, M., Bayliss, J., Firth, C., Leggate, J. et Wood, R. (2007). Drug using parents: an exploration of family focused support from health professionals. *Journal of Research in Nursing*, 12(5), 551-561
- National Survey on Drug Use and Health - NSDUH (2009). *Substance Use among Women During Pregnancy and Following Childbirth*. Dans Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (Dir.).
- Neander, K. et Skott, C. (2008). Bridging the Gap – the Co-creation of a Therapeutic Process Reflections by Parents and Professionals on their Shared Experiences of Early Childhood Interventions. *Qualitative Social Work*, 7(3), 289-309
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: A. Colin.

- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A. et Ball, S., A. (2009). Substance User Treatment Dropout from Client and Clinician Perspectives: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 44, 1021-1038
- Perry, B. L., Jones, H., Tuten, M. et Svikis, D. S. (2003). Assessing Maternal Perceptions of Harmful Effects of Drug Use During Pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 22(1), 1-9
- Phillips, D., Thomas, K., Cox, H., Ricciardelli, L. A., Ogle, J., Love, V., et coll. (2007). Factors that influence women's disclosure of substance use during pregnancy: A qualitative study of ten midwives and ten pregnant women. *Journal of Drug Issues*, 37(2), 357-375
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Platt, A. (2008). Care or control? The effects of investigations and initial assessment on the social worker-parent relationship. *Journal of Social Work Practice*, 22(3), 301-315
- Poole, N. et Isaac, B. (2001). *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Raeside, L. (2003). Specialist nursing: Attitudes of staff towards mothers affected by substance abuse. *British Journal of Nursing*, 12(5), 302-310
- Rapp, R. C. (2006). Strengths-based case management : Enhancing treatment for persons with substance abuse problems. Dans D. Saleebey (Dir.), *The Strengths Perspective in social work practice (4th ed.)*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M. et Carlson, R. G. (2007). Understanding the working alliance between persons with substance abuse problems and strengths-based case managers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241-250
- Rhodes, T., Bernays, S. et Houmoller, K. (2010). Parents who use drugs: Accounting for damage and its limitation. *Social Science & Medicine*, 71, 1489-1497

- Richards, L. et Morse, J. M. (2007). *Readme First for an Introduction to Qualitative Methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Roberts, S. C. M. et Pies, C. (2011). Complex Calculations: How Drug Use During Pregnancy Becomes a Barrier to Prenatal Care. *Maternal and Child health journal*, 15, 333-341
- Rutman, D., Callahan, M., Lundquist, A., Jackson, S. et Field, B. (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*. Condition féminine Canada.
- Rutman, D., Field, B., Jackson, S., Lunquist, A. et Callahan, M. (2005). Unbecoming Mothers: Perspectives of Substance-Using Women and Human Service Practitioners: Reflections from the Margins. Dans D. F. Gustafson (Dir.), *Unbecoming Mothers: The Social Production of Maternal Absence* (pp. 227-250). New York: Haworth Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C. et Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. Dans J. C. Norcross (Dir.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (pp. 224-238). New York: Oxford university press.
- Saleebey, D. (1992, 1994, 1997, 2006, 2013). *The strengths perspective in social work practice*. Montréal: Pearson/Allyn & Bacon.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Flunte, J. R. et Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Projet on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption - II. *Addiction*, 88, 791-804
- Simmat-Durand, L. (2002). Grossesse et drogues illicites. *Déviance et Société*, 26, 105-126
- Simmat-Durand, L. (2009). *Grossesse avec drogues: entre médecine et sciences sociales*. Paris: L'Harmattan.
- Skinner, J. B. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – SOGC (2010). Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 32, s1-s36

- Stanley, N. et Manthorpe, J. (2004). *The age of inquiry: learning and blaming in health and social care*. New York: Routledge.
- Sun, A.-P. (2004). Principles for Practice with Substance-Abusing Pregnant Women: A Framework Based on the Five Social Work Intervention Roles. *Social Work*, 49(3), 383-394
- Sword, W., Niccols, A. et Fan, A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC Public Health*, 4(10), 1-10
- Taylor, A. et Kroll, B. (2004). Working with parental substance misuse: Dilemmas for practice. *British Journal of Social Work*, 34, 1115-1132
- Templeton, L., Zohhadi, S., Galvani, S. et Velleman, R. (2006). *Looking Beyond Risk*. Edinburgh: Scottish Executive.
- Toner, P., Hardy, E. et Mistral, W. (2008). A specialized maternity drug service: Examples of good practice. *Drugs: education, prevention and policy*, 15(1), 93 -105
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N. et Hélie, S. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*. Montréal: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J. et Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Vincent, D., Laforest, M. et Bergeron, A. (2007). Lies, rebukes and social norms: on the unspeakable in interactions with health-care professionals. *Discourse Studies*, 9(2), 226-245
- Wagner, D. et Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 692-701.
- Weir, B. W., Stark, M. J., Fleming, D. W., He, H. et Tesselaar, H. (1998). Revealing drug use to prenatal providers: who tells or who is asked? *Drugs & Society*, 13(1), 161 - 176

Young, N. K., Nakashian, M., Yeh, S. et Amatetti, S. (2007). Screening and assessment for family engagement, retention, and recovery (SAFERR). DHHS Pub. No (SMA) 07-4261. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Dans *Anthony, E. K., Austin, M. J. et Cormier, D. R. (2010). Early detection of prenatal substance exposure and the role of child welfare. Children and Youth Services Review, 32, 6-12.*

Annexe I: Grilles d'entrevues

QUESTIONNAIRE SUR LES CARACTÉRISTIQUES

SOCIODÉMOGRAPHIQUES

IDENTIFICATION

1. Date de l'entrevue : ____/____/____
2. Numéro d'identification ____/____/____
3. Date de l'accouchement : ____/____/____
4. À quel groupe culturel vous identifiez-vous? _____
5. Quel âge avez-vous? _____

COUPLE ET FAMILLE

6. Depuis combien de temps êtes-vous en couple? _____
7. Votre conjoint est-il le père biologique ou social de l'enfant à naître? _____
8. Avez-vous d'autres enfants avec votre partenaire? _____

SITUATION DE VIE ACTUELLE

9. Quelle est votre situation actuellement?

- a. Habitant seule avec votre conjoint
- b. Habitant avec votre conjoint et d'autres membres de la famille (pas les parents)
- c. Habitant avec votre conjoint et vos parents

EMPLOI ET RESSOURCES

10. Actuellement, êtes-vous?

- a. Propriétaire de votre résidence
- b. Locataire
- c. En chambre
- d. Dans une ressource d'hébergement
- e. Dans un programme résidentiel
- f. Sans adresse permanente
- g. Autre, précisez : _____

11. Actuellement, quelles sont vos sources de revenus?

- a. Sans revenu
- b. Emploi
- c. Assurance-emploi

d. Aide sociale

e. Pension d'invalidité/retraite

f. Autre revenu, précisez : _____

12. Type d'activité habituelle (avant la grossesse) :

a. Travail à temps plein (35 heures/semaine), lequel? _____

b. Travail à temps partiel (heures régulières), lequel? _____

c. Travail à temps partiel, lequel? _____

d. Travail saisonnier, lequel? _____

e. Cumuls de plusieurs emplois, lesquels? : _____

f. Études, dans quel domaine? : _____

g. Invalidité, depuis combien de temps? _____

h. Assurance-emploi (chômage), depuis combien de temps? : _____

i. Au foyer, depuis combien de temps?: _____

13. Quel est votre revenu personnel annuel?

- a. 0-5000\$
- b. 5000\$-10 000\$
- c. 10 000\$-20 000\$
- d. 20 000\$-30 000\$
- e. 30 000\$ et plus

14. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

Entrevue (temps1) auprès de la mère

(Période couverte : de l'annonce de la grossesse à 3 semaines après l'accouchement)

1. Désir d'enfant

(Pouvez-vous me parler du moment où vous avez appris que vous étiez enceinte? Comment cela s'est-il passé?)

- 1.1. Réactions à l'annonce de la grossesse;
- 1.2. Réaction du conjoint à l'annonce de la grossesse;
- 1.3. Enfant dans le projet de vie personnel (désir de mère);
- 1.4. Enfant dans le projet de couple (désir de mère avec le conjoint);
- 1.5. Perception du désir d'enfant de son conjoint.

2. Représentation de ce qu'est être père

(Pouvez-vous me parler de votre vision du rôle de père?)

- 2.1. Représentation de ce qu'est être un père (exemples);
- 2.2. Sentiments ressentis face à la façon dont son conjoint joue son rôle ((in)satisfaction);
- 2.3. Comportements du père envers leur enfant depuis la naissance.

3. Histoire de la rencontre avec son conjoint

(Pouvez-vous me parler de votre rencontre avec votre conjoint?)

- 3.1. Contexte de la rencontre : où, quand, comment?;
- 3.2. Description des premiers mois de la relation;
- 3.3. Place de la consommation d'alcool/drogues dans les premiers mois de la relation.

4. Relation de couple durant la grossesse

(Pouvez-vous me parler de manière générale de votre relation de couple dans les premiers mois de la grossesse? Comment cela s'est-il passé?)

- 4.1. Description de la relation amoureuse durant la grossesse (moments positifs, plus difficiles);
 - 4.1.1 Moyens utilisés afin de passer au travers les moments plus difficiles;
- 4.2. Préoccupations particulières durant la grossesse;
- 4.3. Préoccupations au niveau de la consommation de son conjoint;
- 4.4. Habitudes de consommation de son conjoint, exemples;
 - 4.4.1. Changements effectués au niveau des habitudes de consommation de son conjoint durant la grossesse;
 - 4.4.1.1. Éléments ayant favorisé ces changements;
 - 4.4.1.2. Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
- 4.5. Habitudes de consommation personnelle, exemple;
 - 4.5.1. Changements effectués au niveau de ses habitudes de consommation personnelle durant la grossesse;
 - 4.5.1.1. Éléments ayant favorisé ces changements;

- 4.5.1.2. Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
 - 4.6. Place de la consommation dans leur relation;
 - 4.6.1. Changements au niveau de leur consommation commune, exemples;
 - 4.6.1.1. Moyens utilisés pour faciliter ces changements;
 - 4.6.1.2. Éléments ayant nui à la réalisation de ces changements.
- 5. Préparation à l'arrivée de l'enfant
(Pouvez-vous me parler de votre préparation face à l'arrivée de votre enfant?)
 - 5.1. Préparation à l'arrivée de l'enfant (changements importants, exemples);
 - 5.2. Préparation de son conjoint à l'arrivée de l'enfant (changements importants, exemples).
- 6. Accouchement
(Pouvez-vous me parler du déroulement de votre accouchement?)
 - 6.1. Rôle joué par son conjoint lors de l'accouchement, exemples;
 - 6.2. Satisfaction face au rôle joué par son conjoint lors de l'accouchement.
- 7. Personnel hospitalier
(Pouvez-vous me dire comment cela s'est passé avec le personnel hospitalier?)
 - 7.1. Relation avec le personnel hospitalier lors des suivis médicaux, lors de l'accouchement et dans les jours d'hospitalisation de son bébé;
 - 7.1.1. Éléments appréciés;
 - 7.1.2. Éléments moins appréciés;
 - 7.1.3. Éléments souhaités, mais non obtenus;
 - 7.2. Satisfaction globale face à son expérience;
 - 7.3. Suggestions.
- 8. Adaptation à l'arrivée de l'enfant
(Pouvez-vous me parler de votre adaptation à l'arrivée de votre enfant et de celle de votre conjoint? Avez-vous eu besoin de modifier certaines de vos habitudes depuis l'arrivée de votre enfant? Et votre conjoint?)
 - 8.1. Changements vécus depuis l'arrivée de votre enfant, exemples;
 - 8.2. Adaptation face à ces changements;
 - 8.2.1. Moyens utilisés pour faciliter ces changements, exemples;
 - 8.2.1. Éléments rendant l'adaptation plus difficile, exemples.
- 9. Autres
(Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés dont vous aimeriez parler?)
 - 9.1. Rajout d'éléments pertinents non abordés;
 - 9.2. Questions et/ou commentaires.

Entrevue (temps1) auprès du père

(Période couverte : de l'annonce de la grossesse à 3 semaines après l'accouchement)

1. Désir d'enfant

(Pouvez-vous me parler de l'annonce de la grossesse, comment cela s'est-il passé?)

- 1.1. Réactions à l'annonce de la grossesse;
- 1.2. Réaction de la conjointe à la grossesse;
- 1.3. Enfant dans le projet de vie personnel (désir de père);
- 1.4. Enfant dans le projet de couple (désir d'enfant avec la conjointe);

2. Rôle de père

(Pouvez-vous me parler de la façon dont vous envisagez jouer votre rôle de père?)

- 2.1. Définition personnelle de ce qu'est un père (exemples);
- 2.2. Sentiments ressentis en lien avec le rôle de père.

3. Relation avec les parents biologiques

(Pouvez-vous me parler de votre relation avec vos parents dans votre enfance?)

- 3.1. Description des liens avec les parents (accent mis sur le père);
- 3.2. Sentiment de proximité, d'intimité avec les parents (accent mis sur le père);
- 3.3. Description de la consommation d'alcool/drogues de son père, exemples (le cas échéant);
- 3.4. Présence de modèles paternels (amis, parents) et comment ces modèles influencent (exemple des éléments qu'il souhaite reproduire à son tour comme père et des éléments qu'il souhaite ne pas reproduire).

4. Histoire de la rencontre avec sa conjointe

(Pouvez-vous me parler de votre rencontre avec votre conjointe?)

- 4.1. Contexte de la rencontre : où, quand, comment?;
- 4.2. Conscience de la consommation de la conjointe lors de la rencontre;
- 4.3. Description des premiers mois de la relation;
- 4.4. Place de la consommation d'alcool/drogues dans les premiers mois de la relation.

5. Relation de couple durant la grossesse

(Pouvez-vous me parler de manière générale de votre relation de couple dans les premiers mois de la grossesse? Comment cela s'est-il passé?)

- 5.1. Description de la relation amoureuse durant la grossesse (moments positifs, plus difficiles);
 - 5.1.1 Moyens utilisés afin de passer au travers les moments plus difficiles;
- 5.2. Préoccupations particulières durant la grossesse;
- 5.3. Préoccupations au niveau de la consommation de sa conjointe;
- 5.4. Habitudes de consommation de sa conjointe, exemples;

- 5.4.1. Changements effectués au niveau des habitudes de consommation de sa conjointe durant la grossesse;
 - 5.4.1.1. Éléments ayant favorisé ces changements;
 - 5.4.1.2. Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
- 5.5. Habitudes de consommation personnelle, exemple;
 - 5.5.1. Changements effectués au niveau de ses habitudes de consommation personnelle durant la grossesse;
 - 5.5.1.1. Éléments ayant favorisé ces changements;
 - 5.5.1.2. Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
- 5.6. Place de la consommation dans leur relation;
 - 5.6.1. Changements au niveau de leur consommation commune, exemples;
 - 5.6.1.1. Moyens utilisés pour faciliter ces changements;
 - 5.6.1.2. Éléments ayant nui à la réalisation de ces changements.

6. Préparation à l'arrivée de l'enfant

(Pouvez-vous me parler de votre préparation face à l'arrivée de votre enfant?)

- 6.1. Préparation à l'arrivée de l'enfant (changements importants, exemples);
- 6.2. Participation aux suivis médicaux et cours prénataux.

7. Accouchement

(Pouvez-vous me parler de votre implication lors de l'accouchement?)

- 7.1. Rôle joué lors de l'accouchement, exemples;
- 7.2. Satisfaction face au rôle joué lors de l'accouchement.

8. Personnel hospitalier

(Pouvez-vous me dire comment cela s'est passé avec le personnel hospitalier?)

- 8.1. Relation avec le personnel hospitalier lors des suivis médicaux, lors de l'accouchement et dans les jours d'hospitalisation de son bébé (exemples);
 - 8.1.1. Éléments appréciés;
 - 8.1.2. Éléments moins appréciés;
 - 8.1.3. Éléments souhaités, mais non obtenus;
- 8.2. Satisfaction globale face à son expérience;
- 8.3. Suggestions.

9. Adaptation à l'arrivée de l'enfant

(Pouvez-vous me parler de votre adaptation à l'arrivée de votre enfant? Avez-vous eu besoin de modifier certaines de vos habitudes depuis l'arrivée de votre enfant? (exemples))

- 9.1. Changements vécus depuis l'arrivée de votre enfant, exemples;
- 9.2. Adaptation face à ces changements;
 - 9.2.1. Moyens utilisés pour faciliter ces changements, exemples;
 - 9.2.1. Éléments rendant l'adaptation plus difficile, exemples.

10. Rôle de père

(Pouvez-vous me parler de vous comme père depuis l'arrivée de votre enfant?)

- 10.1. Représentation de ce qu'est être un père;
- 10.2. Sentiments ressentis face à son rôle de père (satisfaction, déception);
- 10.3. Similitudes et différences entre sa vision d'un bon père et son propre rôle de père;
- 10.4. Activités faites avec son enfant;
- 10.5. Satisfaction face à ces activités;
- 10.6. Perception de la conjointe de son rôle en tant que père;
- 10.7. Soutien dans son rôle de père;
- 10.8. Satisfaction face au soutien reçu.

11. Préoccupations particulières

(Depuis l'annonce de la grossesse, y a-t-il des choses qui vous préoccupent? Face à la consommation de votre conjointe par exemple?)

- 11.1 Préoccupations particulières au niveau des habitudes de consommation de sa conjointe, exemples;
 - 11.1.1 Interventions faites pour faire face à cette consommation;
- 11.2 Habitudes de consommation personnelle depuis la naissance de l'enfant, exemples;
 - 11.2.1 Changements effectués au niveau de ses habitudes de consommation personnelles durant la grossesse;
 - 11.2.1.1 Éléments ayant favorisé ces changements;
 - 11.2.1.2 Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
- 11.3 Place de la consommation dans leur relation depuis la naissance de l'enfant;
 - 11.3.1 Changements au niveau de leur consommation commune, exemples;
 - 11.3.1.1 Moyens utilisés pour faciliter ces changements;
 - 11.3.1.2 Éléments ayant nui à la réalisation de ces changements.

12. Autres

(Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés dont vous aimeriez parler?)

- 12.1. Rajout d'éléments pertinents non abordés;
- 12.2. Questions et/ou commentaires.

Entrevue (temps2) auprès de la mère

(Période couverte : de 3 semaines après l'accouchement à 6 mois suivant la naissance)

1. État de la situation

(Comment cela se passe-t-il avec votre enfant depuis notre dernière rencontre?)

- 1.1. Surprise dans la maternité;
- 1.2. Moments plus faciles;
- 1.3. Moments plus difficiles;
- 1.4. Soutien reçu de la part de son conjoint;
- 1.5. Satisfaction face au soutien reçu.

2. Perception de l'enfant

(Pouvez-vous me parler de la façon dont vous voyez votre enfant?)

- 2.1. Vision de son enfant (qualités, défauts);
- 2.2. Relation établie avec l'enfant;
- 2.3. Sentiments ressentis envers l'enfant (intimité, proximité);
- 2.4. Moments plus difficiles (exemples);
- 2.5. Perception de la vision de son conjoint de leur enfant.

3. Relation du père avec l'enfant

(Pouvez-vous me parler de la relation entre votre conjoint et votre enfant?)

- 3.1. Perception de la relation établie entre son conjoint et leur enfant;
- 3.2. Comportement du conjoint et activités faites avec l'enfant;
 - 3.2.1. Satisfaction face à la relation du conjoint et de l'enfant;
 - 3.2.2. Points à améliorer, s'il y a lieu.

4. Rôle de père

(Pouvez-vous me parler de la façon dont votre conjoint joue son rôle de père?)

- 4.1. Sentiments ressentis face au rôle de père du conjoint (satisfaction, déception);
- 4.2. Aide apportée au conjoint dans son rôle de père, exemples.

5. Relation de couple depuis l'arrivée de l'enfant

(Pouvez-vous me parler de votre relation de couple depuis notre dernière rencontre?)

- 5.1. État de la situation de couple depuis la dernière rencontre;
 - 5.1.1. Moments plus positifs, exemples;
 - 5.1.2. Moments plus difficiles, exemples;
 - 5.1.3. Moyens utilisés afin de passer au travers les moments plus difficiles.

6. Couple et consommation

(Pouvez-vous me parler de l'état de votre consommation depuis notre dernière rencontre?)

- 6.1. Habitudes de consommation personnelle depuis la dernière rencontre, exemple;

- 6.1.1. Changements effectués au niveau de ses habitudes de consommation personnelle depuis la dernière rencontre;
 - 6.1.1.1.Éléments ayant favorisé ces changements;
 - 6.1.1.2.Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
- 6.2.Habitudes de consommation du conjoint;
 - 6.2.1. Changements effectués au niveau des habitudes de consommation de son conjoint;
 - 6.2.1.1.Éléments ayant favorisé ces changements;
 - 6.2.1.2.Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
- 6.3.Place de la consommation dans leur relation depuis la dernière rencontre;
 - 6.3.1. Changements au niveau de leur consommation commune, exemples;
 - 6.3.1.1.Moyens utilisés pour faciliter ces changements;
 - 6.3.1.2.Éléments ayant nui à la réalisation de ces changements.

7. Avenir

(Pouvez-vous me parler de comment vous envisager l'avenir?)

- 7.1. Avenir face à sa vie de famille;
- 7.2. Avenir face au rôle de père de son conjoint;
- 7.3. Projets d'avenir.

8. Autres

(Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés dont vous aimeriez parler?)

- 8.1. Rajout d'éléments pertinents non abordés;
- 8.2. Questions et/ou commentaires.

Entrevue (temps2) auprès du père

(Période couverte : de 3 semaines après l'accouchement à 6 mois suivant la naissance)

1. État de la situation

(Comment cela se passe-t-il avec votre enfant depuis notre dernière rencontre?)

- 1.1. Surprise dans la paternité;
- 1.2. Moments plus faciles;
- 1.3. Moments plus difficiles;

2. Perception de l'enfant

(Pouvez-vous me parler de la façon dont vous voyez votre enfant?)

- 2.1. Vision de son enfant (qualités, défauts);
- 2.2. Relation établie avec l'enfant;
- 2.3. Sentiments ressentis envers l'enfant (intimité, proximité);

3. Rôle de père

(Pouvez-vous me parler de comment cela se passe dans votre rôle de père?)

- 3.1. Représentation de ce qu'est être un père;
- 3.2. Sentiments ressentis face à son rôle de père (satisfaction, déception);
- 3.3. Similitudes et différences entre sa vision d'un bon père et son propre rôle de père;
- 3.4. Activités faites avec son enfant;
- 3.5. Satisfaction face à ces activités;
- 3.6. Perception de sa conjointe de son rôle en tant que père;
- 3.7. Soutien dans son rôle de père;
- 3.8. Satisfaction face au soutien reçu.

4. Préoccupations particulières

(Face à ce que vous vivez comme père, y a-t-il des choses qui vous préoccupent? Face à la consommation de votre conjointe par exemple?)

- 4.1. Préoccupations particulières au niveau des habitudes de consommation de sa conjointe, exemples;
 - 4.1.1. Interventions faites pour faire face à cette consommation;
 - 4.1.2. Changements effectués au niveau de ses habitudes de consommation de sa conjointe depuis la dernière rencontre;
 - 4.1.2.1. Éléments ayant favorisé ces changements;
 - 4.1.2.2. Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
- 4.2. Habitudes de consommation personnelle depuis la dernière rencontre, exemples;
 - 4.2.1. Changements effectués au niveau de ses habitudes de consommation personnelles depuis la dernière rencontre;
 - 4.2.1.1. Éléments ayant favorisé ces changements;
 - 4.2.1.2. Éléments ayant fait obstacle à ces changements;
- 4.3. Place de la consommation dans leur relation depuis la dernière rencontre;
 - 4.3.1. Changements au niveau de leur consommation commune, exemples;
 - 4.3.1.1. Moyens utilisés pour faciliter ces changements;

4.3.1.2.Éléments ayant nui à la réalisation de ces changements.

5. Relation de couple depuis l'arrivée de l'enfant

(Pouvez-vous me parler de votre relation de couple depuis notre dernière rencontre? Est-ce que l'arrivée de l'enfant a changé quelque chose dans votre vie de couple?)

5.1. État de la situation de couple depuis la dernière rencontre;

5.1.1. Moments plus positifs, exemples;

5.1.2. Moments plus difficiles, exemples;

5.1.3. Moyens utilisés afin de passer au travers les moments plus difficiles.

6. Statut d'emploi

(Pouvez-vous me parler de votre situation d'emploi, comment cela se passe-t-il?)

6.1. Conciliation travail-famille;

6.1.1. Éléments favorisant la conciliation travail famille, exemples;

6.1.2. Éléments faisant obstacle à la conciliation travail-famille, exemples;

6.1.3. Perception de son emploi et de sa situation financière.

7. Avenir

(Pouvez-vous me parler de comment vous envisager l'avenir?)

7.1. Avenir face à sa vie de famille;

7.2. Avenir face au rôle de père de son conjoint;

7.3. Projets d'avenir.

8. Autres

(Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés dont vous aimeriez parler?)

8.1. Rajout d'éléments pertinents non abordés;

8.2. Questions et/ou commentaires.

Annexe II: Certificats éthiques

Le 19 octobre 2010

Madame Marie-Ève Roux
Candidate de maîtrise
Faculté des arts et des sciences - École de service social
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (QC) H3C 3J7

OBJET : L'ÉPREUVE DES LIENS : Les relations entre parents et professionnels en contexte de consommation maternelle de substances psychoactives au cours de la période périnatale

Madame Roux,

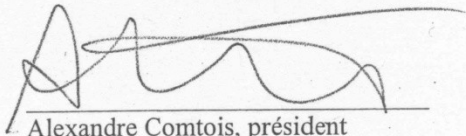
La présente est pour vous informer que le comité d'éthique de la recherche, à sa séance régulière du 13 octobre 2010, a procédé à l'évaluation de l'étude citée en titre et, à cet effet, pris connaissance des documents suivants :

- Lettre de présentation de Marie-Ève Roux, 24 septembre 2010
- Certificat d'éthique délivré par le CÉR FAS, 30 juin 2010
- Formulaire de soumission du projet au CÉR FAS
- Sommaire du projet de recherche (protocole)
- Formulaire de consentement du projet initial
- Grilles d'entrevue du projet de recherche initial
- Certificat d'éthique pour le projet initial du CÉR du CSSS du Nord de Lanaudière, 7 décembre 2006
- Renouvellements du certificat d'éthique pour le projet initial du CÉR du CSSS NL, 23 octobre 2007 et 2 décembre 2008

Le CÉR approuve votre projet de recherche pour une période d'un an, soit jusqu'au 12 octobre 2011, le tout conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques (GCP) et aux réglementations applicables exigées.

Veuillez recevoir, Madame Roux, l'expression de nos sentiments distingués.

POUR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE



Alexandre Comtois, président

AC/cc

Membres du comité d'éthique de la recherche :

Madame Céline Beaulieu, membre spécialisé en éthique :

Me Mariève Gagnon, membre spécialisé en droit

Docteur Jean-Sébastien Paquette, membre provenant de la communauté médicale

Monsieur Alexandre Comtois, membre œuvrant en pharmacologie

Madame Caroline Mayer, membre provenant des soins infirmiers

Madame Johanne Lavallée, membre provenant des services multidisciplinaires

Monsieur Michel Côté, membre recommandé par la DSPAM

154.15

Faculté des arts et des sciences
Vice-décanat à la recherche

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA
FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES (CÉRFA)**

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

Titre : L'épreuve des liens : Les relations entre parents et professionnels en contexte de consommation maternelle de substances psychoactives au cours de la période périnatale.

Requérant : ROUX, Marie-ève, (ROUM18088003), M.sc service social, École de service social

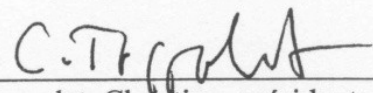
sous la direction de :

MORISSETTE, Pauline, professeur titulaire, École de service social

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CÉRFA qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRFA.

Selon les normes en vigueur, **un suivi annuel est minimalement exigé afin de maintenir la validité de ce certificat**, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi peut être consulté sur la page Web du CÉRFA.


Tappolet, Christine, présidente
Comité d'évaluation accélérée

Date de délivrance : 23 juil 2010
AAAA/MM/JJ

Date d'échéance : 2011-05-31
AAAA/MM/JJ

(correspond à la date prévue de fin du projet)